UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1946-1947 — N° 88

PÉNICILLINE ET MÉTROANNEXITES

TRAVAIL
DE LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE DE L'HOPITAL ANDRÉ-BOURSIER DE BORDEAUX
(Service de M. le Professeur Agrégé MAGENDIE)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 23 Juillet 1947

PAR

Jean-Gaston-Alexandre GAILLARD

Diplômé de Médecine Coloniale

Né à LAGORD (Charente-Maritime), le 26 Juillet 1921

Examinateurs de Thèse

MM CHARRIER, professeur .... *Président*
PAPIN, professeur ..... *Juges*
MASSÉ, agrégé ..... *Juges*
MAGENDIE, agrégé ..... *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE Vve VASSAL
58, Rue du Sablonat

1947

GAILLARD (Jean - Gaston - Alexandre)

Pénicilline et Métroannexites. (Travail de la Clinique Gynécologique de l'Hôpital André Boursier de Bordeaux. — Service de M. le Professeur Agrégé Magendie. — Bordeaux, Imprimerie Vve Vassal, 1947 In-8°. 92 pages.

(Thèse Médec. Bordeaux, 1946-1947 N. 88)

GAILLARD (Jean - Gaston - Alexandre)

Pénicilline et Métroannexites. (Travail de la Clinique Gynécologique de l'Hôpital André Boursier de Bordeaux. — Service de M. le Professeur Agrégé Magendie. — Bordeaux, Imprimerie Vve Vassal, 1947 In-8°. 92 pages.

(Thèse Médec. Bordeaux, 1946-1947 N. 88)

GAILLARD (Jean - Gaston - Alexandre)

Pénicilline et Métroannexites. (Travail de la Clinique Gynécologique de l'Hôpital André Boursier de Bordeaux. — Service de M. le Professeur Agrégé Magendie. — Bordeaux, Imprimerie Vve Vassal, 1947 In-8°. 92 pages.

(Thèse Médec. Bordeaux, 1946-1947 N. 88)

GAILLARD (Jean - Gaston - Alexandre)

Pénicilline et Métroannexites. (Travail de la Clinique Gynécologique de l'Hôpital André Boursier de Bordeaux. — Service de M. le Professeur Agrégé Magendie. — Bordeaux, Imprimerie Vve Vassal, 1947 In-8°. 92 pages.

(Thèse Médec. Bordeaux, 1946-1947 N. 88)

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1946-1947 — N° 88

PÉNICILLINE ET MÉTROANNEXITES

TRAVAIL
DE LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE DE L'HOPITAL ANDRÉ-BOURSIER
DE BORDEAUX
(Service de M. le Professeur Agrégé MAGENDIE)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 23 Juillet 1947

PAR

Jean-Gaston-Alexandre GAILLARD
Diplômé de Médecine Coloniale
Né à LAGORD (Charente-Maritime), le 26 Juillet 1921

Examinateurs de Thèse

MM CHARRIER, professeur .... *Président*
PAPIN, professeur ..... *Juges*
MASSÉ, agrégé ..... *Juges*
MAGENDIE, agrégé ..... *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE Vve VASSAL
58, Rue du Sablonat

1947

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : ..... M. DUPÉRIÉ.
ASSESSEUR : ..... M. LABAT.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ROCHER, ANDERODIAS, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	DUPÉRIÉ
id.	CREYX.
Clinique chirurg. et gynécol.	CHARRIER.
Clinique chirurgicale	PAPIN.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.
Anatomie pathol. et microsc. clin.	DE GRAILLY.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.
Hygiène	PIÉCHAUD.
Médecine légale et déontologie ...	DERVILLÉE.
Electroradiol. et clin. d'él. médic.	N.
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale ...	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Physiologie	FABRE.
Clin. méd. des mal. des enfants ..	FONTAN.

	MM.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurg. inf. et orthop.	LOUBAT.
Clin. des maladies infectieuses ..	DAMADE.
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Physique méd. et pharmaceutique.	PIFFAULT.
Méd. col. et clin. mal. exotiques.	BONNIN.
Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Clin. des mal. des voies urinaires.	DARGET.
Clin. mal. nerveuses et mentales.	DELMAS-MARSALET
Clin. oto-rinho-laryngologique ..	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée.	LABAT.
Hydrologie thérap. et climatol. ..	N.
Clinique odonto-stomatologique ...	DUBECQ.

PERRENS (Maladies mentales). FAUGÈRE (Obstétrique).

AGREGES EN EXERCICE :

	MM.
Anatomie	DUFOUR.
Histologie	N...
Physiologie	N.
Médecine générale	BROUSTET.
id.	SARIC.
id.	DUBARRY.
id.	J.-F. TRAISSAC.
id.	N.
id.	N.
Chirurgie générale	N.
id.	MASSÉ.
id.	MAGENDIE.
id.	POUYANNE.

	MM.
Chirurgie générale	LAUMONIER.
Obstétrique	N.
id.	MAHON.
Ophtalmologie	BESSIÈRE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie ..	LE COULANT
Chimie biologique	TAYEAU.
Physique médicale	REBOUL.
Chimie gén. pharm. et toxicol. ..	CASTAGNOU.
Histoire natur. pharmaceutique ..	GIRARD.
Pharmacie	MESNARD.
id.	N.
Histoire natur. méd. et parasitol.	N.

COURS COMPLEMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	MASSÉ.
Accouchements	FAUGÈRE.
Puériculture	PERY.
Ophtalmologie	N.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Anatomie	RIGAUD.
Chimie minérale	CASTAGNOU.
Botanique	GIRARD.
Cryptogamie	GIRARD.

	MM.
Pharmacie galénique	MESNARD.
Bactériologie	MOUREAU.
Physiologie	Mlle ROUGIER.
Chimie biologique	N.
Parasitologie et biologie appliqu.	PAUTRIZEL
Pathologie chirurgicale	VILLAR.
Pathologie chirurgicale	N...
Electroradiologie	CAILLON.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Agent de la Résistance
Mort en déportation au bagne allemand
de Bergen-Belsen.

Son exemple restera pour moi celui de l'honneur, du courage et du sacrifice.
Grâce à ses judicieux conseils j'ai pu réaliser le rêve de mon enfance. Je n'oublierai jamais tout ce que je lui dois.

A MA FEMME

Dont la douce compagnie a égayé mes dernières années d'études. Son bonheur est maintenant le but de mon existence.

A MA MERE

En reconnaissance des lourds sacrifices qu'elle a consentis pour moi. Son courage devant le malheur qui nous a si cruellement frappés n'a d'égal que l'affection que lui portent ses enfants.

A MON FRERE ET A MA SŒUR

Avec mes meilleurs vœux d'avenir.

A MES BEAUX-PARENTS

En gage de profonde et sincère affection.

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE
LE DOCTEUR GASTON PAILLOUX

Qui fut ravi prématurément à l'affection des siens et qui aurait tant aimé guider mes premiers pas d'étudiant.

A TOUS MES ONCLES ET TANTES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAGENDIE
Chirurgien des Hôpitaux
Croix de Guerre.

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.

Son accueil toujours aimable, la qualité de son enseignement, resteront parmi nos meilleurs souvenirs universitaires.

A MES CAMARADES
DU PRYTANEE NATIONAL MILITAIRE
ET DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL GALIACY

Directeur de l'Ecole Principale du
Service de Santé de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'Honneur,
Croix de Guerre.

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DE 2e CLASSE BOURRET

Sous-Directeur de l'Ecole Principale du
Service de Santé de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'Honneur,
Commandeur du Nichan-Iftikhar,
Officier du Ouissan-Allaouit.

A MES MAITRES DES FACULTES
DE LYON, MONTPELLIER ET BORDEAUX

A MES PROFESSEURS
DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES COLONIES

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. CHARRIER

Professeur de Clinique Chirurgicale et Gynécologique,
Chirurgien Honoraire des Hôpitaux,
Membre Correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Croix de Guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Depuis plusieurs mois la pénicilline est devenue beaucoup moins rare. Aussi, dans la plupart des services, tant médicaux que chirurgicaux, pour ne pas dire dans tous, est-elle employée avec beaucoup moins de parcimonie.

En gynécologie, en particulier, les métroannexites étaient traitées, jusqu'à ces derniers mois, presque exclusivement par la méthode sulfamides-vaccin, telle que l'avaient préconisée à Bordeaux MM. Jeanneney, Magendie et Tingaud.

Seules bénéficiaient de la pénicilline les métroannexites sulfamido-résistantes et, dans bien dès cas, on eut la satisfaction d'obtenir des guérisons définitives.

Aujourd'hui, le traitement sulfamidé n'est plus pratiqué à la Clinique Gynécologique de l'Hôpital Boursier, dirigée par M. le Professeur Agrégé Magendie, que dans les cas où la flore cervico-vaginale est insensible à la pénicilline, ou lorsque l'un ou plusieurs des germes de l'association sont pénicillino-résistants et sulfamido-sensibles, comme le cas se produit pour le colibacille.

Un des avantages de la pénicilline sur la méthode sulfamides-vaccin est, dans les cas aigus, de pouvoir être employée sans aucun danger. On n'a plus ainsi cette crainte de voir se déclencher, sous l'influence du vaccin, les réactions impressionnantes qui suffisaient parfois à faire renoncer à cette thérapeutique.

Nous n'avons pas l'intention dans ce travail de retracer toute l'histoire de la pénicilline depuis sa découverte par Fleming, en 1929, jusqu'à nos jours, en passant par les différentes phases qui ont permis la découverte de ses propriétés antibiotiques, les procédés de sa fabrication industrielle et ses principales actions thérapeutiques. De nombreuses publications sont parues à ce sujet, tant en France que dans les autres pays.

Nous dirons simplement que nous n'avons employé, à la Clinique Gynécologique, que le pénicillinate de sodium de provenance américaine ou canadienne, à la concentration de 10.000 U.O. au centimètre cube et que nous avons utilisé la voie intra-musculaire comme mode d'administration.

Nous avons eu recours, dans certaines formes de cervicites, comme nous le verrons plus loin, à la voie d'administration locale qui nous a donné d'excellents résultats.

Nous n'envisagerons donc pas les autres formes de pénicilline, ni les autres voies d'administration.

Nous remarquerons néanmoins que la pénicilline, telle que nous l'avons employée, si elle est efficace, présente aussi un inconvénient certain : celui de nécessiter des injections toutes les trois heures. Le problème à résoudre par conséquent, en matière de pénicillinothérapie est celui de son administration *per os*, ou de la mise au point de pénicillines « retard ». Certains auteurs ont tenté de trouver la solution. Rammelkamp et Keefer utilisèrent le tube duodénal de Miller Abott pour introduire de la pénicilline directement dans le duodénum et lui éviter d'être détruite par le p.H. gastrique. Florey and Florey (*Lancet* 1943, 244-387), utilisèrent des capsules au phtalate ou à l'acétate de cellulose. Malgré cela l'absorption est incomplète et l'élimination intestinale est importante.

L'injection rectale se heurte à un gros obstacle : la présence de Bacterium Coli, qui non seulement est pénicillino-résistant, mais encore secrète une antipénicilline, la pénicillinase, capable de détruire *in vivo* et *in vitro* la pénicilline portée à son contact.

En ce qui concerne les pénicillines « retard », Romansky et Rittman ont proposé, pour prolonger l'activité antibiotique de la pénicilline administrée par voie intramusculaire, de l'incorporer à un mélange filtré de cire d'abeilles et d'huile d'arachide. Ces auteurs ont ainsi traité et guéri des blennorragies par une injection unique de 100.000 U.O. Mais cette méthode est encore peu utilisée, notamment parce que l'excipient huileux est très mal résorbé par les tissus et s'accumule aux points d'injections.

L'administration, dans un médicament retardant son élimination, a été réalisé par l'association pénicilline-polyvinylpyrolidone (Istosan ou Subtosan) : 100.000 U.O. de pénicilline pour 10 cc de subtosan hypertonique à 20 %. L'action retardante du Subtosan sur l'élimination de certains médicaments a été mise en évidence par Pellerat et Mlle Murat (Thèse de Pharmacie de Mlle Murat,

Lyon 1945) et les premiers résultats en pénicillinothérapie furent publiés à la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie (Filiale lyonnaise) (séance du 22 novembre 1946), par MM. Gaté et Pellerat. Cette méthode, qui permet d'espacer considérablement les injections, commence à être utilisée. Peut-être donnera-t-elle de bons résultats.

La voie d'introduction du médicament étant décidée, il reste à résoudre le problème de la quantité à administrer. Et là, il faut bien le dire, il est assez difficile d'indiquer des chiffres, car ces quantités sont constamment remaniées.

Il est en effet remarquable de constater dans les publications des auteurs américains, publications vieilles de 5 à 6 ans à peine, et souvent moins, combien les doses employées, pour les premiers traitements à la pénicilline étaient faibles par rapport à celles que nous sommes maintenant obligés d'utiliser.

C'est ainsi que Mahoney, Ferguson et Van Slyke, qui mirent en évidence l'action de la pénicilline sur le gonocoque, traitaient les blennorragies aiguës par des doses de 50.000 à 100.000 U.O.

De même Cohn, Studdiford et Grünstein (*J.A.M.A.*, 15 avril 1944) traitaient les gonoccocies masculines et féminines par 100.000 U.O.

Et actuellement, combien d'exemples avons-nous de malades chez qui, pour la même infection, des doses beaucoup plus importantes sont nécessaires pour arriver au même résultat !

A Bordeaux, dans les divers services où l'on traite la gonococcie, puisque nous l'avons prise pour exemple, les doses employées sont au minimum égales à 500.000 U.O. Nous sommes loin des 50.000 U.O. et 100.000 U.O. du début !

Et les résultats quels sont-ils ? Il semble qu'ils soient aussi bons que ceux des auteurs américains à condition d'employer ces doses beaucoup plus importantes, mais il ne semble pas qu'ils soient meilleurs.

Cette pénicillino-résistance des germes, dont nous voyons l'effet pratique en clinique dans le fait qu'il faut augmenter les doses de pénicilline pour arriver au même résultat, a été étudiée par de nombreux auteurs : Abraham, Chain et collaborateurs, sur le staphylocoque; Schmidt et Sesler, sur les pneumocoques. Ces auteurs ont montré que la résistance est transmissible héréditairement et qu'il s'agit donc d'un caractère acquis persistant.

De plus, cette pénicillino-résistance des germes, acquise soit artificiellement, soit spontanément en clinique, n'est pas due à la

sécrétion d'une antipénicilline. Abraham, Chain et collaborateurs ont montré que les staphylocoques devenus pénicillino-résistants ne détruisent pas la pénicilline *in vitro*.

Schmidt et Sesler, pour amener la pénicillino-résistance des pneumocoques qu'ils étudiaient, traitaient les souris infectées par des doses sous-thérapeutiques de pénicilline.

Il semble donc que pour éviter l'apparition de cette pénicillino-résistance, il faille frapper fort.

Malheureusement, les circonstances dues à la guerre n'ont pas permis que cette condition soit réalisée. Il est certain que, dans bien des cas, des doses trop faibles ont été employées et qu'il s'est ainsi créé une pénicillino-résistance qui s'est transmise héréditairement ; et ceci explique pourquoi nous devons employer aujourd'hui des doses beaucoup plus importantes.

En ce qui concerne la gonococcie féminine, René Martin, Boucart et Sureau ont signalé au Congrès de la Pénicilline d'avril 1946 d'assez nombreux cas rebelles même à l'association de pénicilline et de sulfamides.

Massina (Thèse de Bordeaux 1946) rapporte dans sa thèse une centaine de cas de blennorragie chez l'homme, traités par la pénicilline en Allemagne occupée ; à la lecture de cette thèse, il apparaît que la résistance du gonocoque à la pénicilline est plus grande chez les malades déjà sulfamido-résistants « ce qui indique bien que la résistance est due à une qualité acquise du microbe et non à la déficience progressive du médicament ».

Cependant, il faut noter que des souches rendues réfractaires aux sulfamides continuent à être vulnérables à la pénicilline (Cohn et Seijo *J.A.M.A.* 1944, 124, 1325).

Ceci explique l'efficacité thérapeutique de la pénicilline dans des cas d'infections résistantes aux sulfamides.

D'autre part, à Paris, Robert Debray insiste sur la fréquence des échecs en matière de blennorragie féminine comparée à celle de l'homme. Il insiste aussi sur la résistance fréquente à une deuxième cure, et sur la nécessité d'associer le traitement local banal au traitement par la pénicilline.

En ce qui concerne les métroannexites, on ne relève, dans la littérature médicale, que peu de publications où la thérapeutique pénicillinique de ces affections soit quelque peu étudiée.

Nous relevons surtout les travaux de Cohn et ses collaborateurs (Cohn, Studdiford and Grünstein) et encore le traitement des annexites n'y est-il envisagé qu'à travers celui de la blennorragie

féminine et les résultats obtenus ne sont pas superposables à ceux que l'on peut obtenir aujourd'hui, à cause de la pénicillino-résistance d'une part, et à cause des doses différentes d'autre part. En effet, Cohn a soigné 15 malades atteintes d'annexite gonococcique. La dose employée était de 100.000 U.O. Il obtint 7 guérisons, 5 statu-quo et 3 aggravations. Une malade qui n'avait pas de lésions annexielles développa une annexite après le traitement. Ces résultats sont donc discutables car il s'agissait surtout de blanchir la gonococcie basse. De toutes façons, cette dose de 100.000 U.O. est actuellement totalement insuffisante, surtout en matière d'annexite.

Une publication intéressante est celle du docteur Fally, de Bruxelles, qui présente un travail du service de gynécologie de l'Hôpital Saint-Pierre, service du Professeur Delporte. Les doses employées y sont de l'ordre de grandeur de celles utilisées dans le service de gynécologie de l'Hôpital Boursier.

Le résultat de la pénicillinothérapie fut brillant dans 7 cas d'annexite aiguë dont 4 pyosalpinx récidivants. Une paramétrite suppurée staphylococcique fut traitée sans succès par 300.000 U.O. de pénicilline.

Au Congrès de la Pénicilline qui s'est tenu à Paris le 26 octobre 1946, MM. Chevallier, Vaille, Chassagne, et Mlle Giraud rapportent les résultats suivants :

— Sur 377 cervico-uréthrites : 91 % de guérisons.
— Sur 110 cas particulièrement rebelles : 90 % de guérisons.
— Sur 95 cas de vulvo-vaginites : 89 % de guérisons.
— Sur 26 salpingites : 85 % de guérisons.

A Bordeaux, MM. Magendie et Labarbe ont publié les premiers résultats de pénicillinothérapie en gynécologie et de pénicillinothérapie des métroannexites.

C'est cette étude que nous reprenons dans ce travail et que nous complétons par un certain nombre d'observations recueillies sur une période de 6 mois à l'Hôpital Boursier, dans le service de la Clinique Gynécologique de M. le Professeur Agrégé Magendie.

Cette étude, nous la reprenons uniquement sur le plan clinique, faisant état des observations du service, et essayant d'en dégager des conclusions pratiques.

Nous n'envisagerons pas l'étude, pourtant intéressante, des concentrations de pénicilline dans les humeurs à la suite d'injections de doses variables, à des intervalles de temps variables, par des voies variables, afin de déterminer le meilleur mode d'administration.

Nous n'envisagerons pas non plus l'étude des concentrations de pénicilline dans les humeurs au cours des traitements institués. Cette étude est assez vaste en elle-même et elle a fait récemment, à Bordeaux, l'objet d'une thèse très documentée (Y. Chabbert, Thèse de Bordeaux 1947).

Nous resterons par conséquent exclusivement sur le plan clinique, et nous étudierons tout d'abord les effets de la pénicillinothérapie :

1° Sur les métroannexites aiguës et sub-aiguës.

2° Sur les métroannexites chroniques.

3° Dans son association au traitement chirurgical des métroannexites.

Ensuite, nous essaierons de dégager l'importance du rôle social que joue la pénicilline par la rapidité de son action et par son efficacité dans le traitement de ces affections si rebelles et si fréquentes que sont les métroannexites.

Nous n'envisagerons pas, au cours de ce travail, les infections bacillaires de l'appareil génital féminin, car nous savons que le bacille de Koch est parfaitement insensible à la pénicilline et que cette dernière n'a amené aucun changement dans la thérapeutique des bacilloses génitales.

PENICILLINOTHERAPIE DES METROANNEXITES AIGUES ET SUB-AIGUES

Les métroannexites aiguës et sub-aiguës ont largement bénéficié du traitement par la pénicilline, à l'exception des annexites bacillaires que nous n'envisagerons pas ici, la pénicilline n'ayant apporté aucun fait nouveau dans leur traitement.

Sans vouloir reprendre une classification étiologique ou bactériologique qui serait ici plus ou moins fastidieuse, il est bon toutefois de remarquer que la pénicilline ne saurait être employée dans tous les cas de métroannexites. S'il est vrai que la plupart des cas sont justiciables de son emploi, il est vrai également que certaines formes sont rebelles, soit par leurs qualités bactériologiques, soit par leurs qualités anatomiques.

I. IMPORTANCE DE LA NATURE DE LA FLORE BACTERIENNE PATHOGENE

Du point de vue bactériologique, les formes de métroannexites les plus fréquemment rencontrées, si l'on veut bien admettre que la flore cervico-vaginale est identique à celle qui cause l'affection génitale salpingo-ovarienne (mais ceci n'est pas formellement démontré) sont essentiellement des formes gonococciques, streptococciques, staphylococciques, colibacillaires.

Ces germes microbiens peuvent être rencontrés à l'état pur ou accompagnés de germes saprophytes banaux, soit au contraire associés entre eux suivant les combinaisons les plus diverses et et aussi les plus rebelles.

Si l'on envisage chacun de ces germes en particulier, nous savons que la pénicilline agit merveilleusement *in vitro* et *in vivo* sur le gonocoque, sur le streptocoque et sur le staphylocoque.

Mais en ce qui concerne le colibacille, nous savons aussi que la pénicilline est impuissante, le colibacille sécrétant même une antipénicilline : la pénicillinase, capable de neutraliser *in vitro* la pénicilline (comme l'ont montré Levaditi et de nombreux auteurs) et se révélant insensible à son action *in vivo*.

Par conséquent, l'examen de la flore microbienne va déjà aiguiller la thérapeutique et donnera, par avance, une idée du résultat que l'on est en droit d'escompter lorsque la thérapeutique est bien menée.

C'est ainsi que, pour le gonocoque pur ou associé à des germes saprophytes banaux ou associé à des germes pathogènes comme le streptocoque ou le staphylocoque, l'indication de la pénicilline sera logique et le médecin sera en droit d'en attendre un résultat favorable.

Par contre, si ces mêmes germes se trouvent associés au colibacille, comme cela arrive dans un certain nombre de cas, l'action de la pénicilline seule est inefficace et il semble logique dans ces cas d'avoir recours à l'association pénicilline-sulfamides. Ces dernières sont en effet capables d'agir à la fois sur le gonocoque et sur le colibacille.

Cependant, dans ces cas d'association microbienne, la virulence de chacun des germes apparaît comme exaltée, l'action pathologique de l'un favorisant l'action pathologique de l'autre, grâce à l'affaiblissement des moyens de défense de l'organisme et à la fragilisation du terrain par chacun des germes associés.

C'est dans ces conditions que nous avons pu enregistrer un échec du traitement par la pénicilline chez une de nos malades dont voici l'observation :

Observation N° I

Mme R... Louise, 23 ans, vendeuse.

Cette malade, envoyée d'urgence par M. le Professeur agrégé Magendie pour pelvipéritonite grave avec contracture, entre à l'hôpital Boursier le 3 septembre 1946.

Elle raconte un assez long passé annexiel avec fausse couche en 1943, pertes jaunâtres depuis cette date, douleurs au moment

des règles, douleurs à la fatigue. Le 1er septembre elle souffre plus qu'à l'habitude. Deux jours après, elle entre à l'hôpital.

Devant ce tableau aigu et inquiétant de pelvipéritonite on institue un traitement par la *pénicilline :* 200.000 U.O. le 4 septembre, 400.000 U.O. le 5 septembre.

Malgré cela, le 6 au matin, le pouls est petit, filant, à 100. La température de 40 degrés à l'entrée est tombée à 38 degrés. Mais l'abdomen est de bois, la douleur est localisée au bas ventre. Le vagin est chaud. Le Douglas est bloqué.

On décide l'intervention qui amène à drainer un abcès rétro-utérin dont le pus contient : staphylocoques, colibacilles, gonocoques.

On continue la *pénicilline :*

Le 6 septembre : 400.000 U.O.
Le 7 septembre : 400.000 U.O.
Le 8 septembre : 200.000 U.O.
Le 9 septembre : 180.000 U.O.
Le 10 septembre : 200.000 U.O.

La température décroît en lysis et le 12 elle est redevenue normale. Le 15 septembre, la malade va très bien.

Cependant, le 4 octobre, à l'examen, l'utérus est encore bloqué. Les culs de sac, en particulier le droit, sont encore empâtés ; la pression y est douloureuse.

On entreprend un traitement sulfamides-vaccin : le 17 octobre, on injecte 1 cc de propidon mais une très forte réaction empêche de continuer. Le 17 et le 18 octobre : 8 gr. de thiazomide chaque jour.

Le 28 octobre, le ventre est souple dans son ensemble, mais tout essai de mobilisation entraîne des protestations de la malade. On institue un traitement mixte : *thiazomide* 8 gr., 8 gr., 6 gr., 6 gr., 6 gr., 4 gr., 4 gr.

Pénicilline : 500.000 U.O. en 5 jours, du 29 octobre au 2 novembre.

Le 6 novembre : l'action de ce traitement a été nulle sur la température. Au point de vue fonctionnel, diminution très nette des phénomènes douloureux. A la palpation la douleur persiste seulement dans la partie basse de la F.I.D.

Le toucher vaginal révèle une masse importante dans le cul de sac droit.

Le 16 novembre, nouvelle poussée inflammatoire, température à 37° 8 et légère augmentation des douleurs. C'est dans ces conditions qu'on décide de réintervenir.

Intervention le 4 décembre : elle est assez compliquée mais ne présente pas de difficultés insurmontables. On conserve l'utérus et un ovaire. On enlève les annexes gauches et la trompe droite.

Les suites sont d'abord simples et apyrétiques. Le 5e jour, douleur dans la fosse iliaque droite où l'on a laissé un ovaire. En même temps, ascension thermique à 38° 5. Ces phénomènes rétrocèdent en 48 heures.

La malade, vue le 21 décembre, va très bien. Elle sort le 21 au soir. Elle est revue un mois après, guérie.

En résumé. — Pelvi-péritonite causée par une métroannexite aiguë et transformée en péritonite grave par rupture de pyosalpinx. La pénicilline à dose forte n'a eu, la première fois, aucune action sur l'association microbienne : staphylocoques, colibacilles, gonocoques.

La seconde fois, 500.000 U.O. de pénicilline ont eu une action sur la température et les douleurs, mais n'ont pas empêché l'opération. L'infection ne répondait plus à la pénicilline, même associée aux sulfamides.

Cette observation montre comment l'association microbienne peut être résistante à la pénicilline, et comment, dans ces cas, on est souvent obligé d'avoir recours à la chirurgie, sans pour cela négliger le traitement par la pénicilline, qui donne au chirurgien une certaine sécurité opératoire (comme le démontrent les observations que nous citons dans le chapitre concernant les cas chirurgicaux).

Ainsi donc, il apparaît nécessaire de ne poser avec rigueur l'indication de la pénicilline, qu'après s'être assuré de la nature de la flore bactérienne pathogène, faute de quoi le médecin s'expose à des échecs certains.

Dans beaucoup de cas, le prélèvement est absolument nécessaire. Dans d'autres cas plus rares, le ou les germes en cause sont connus d'après l'étiologie de l'affection : infections utéro-annexielles *post partum* ou *post abortum* pour lesquelles on retrouve le plus souvent le streptocoque, seul ou associé au staphylocoque, l'infection étant due, dans certains cas, aux manœuvres septiques au cours de l'accouchement ou de l'avortement.

Dans ces cas d'infection *post partum* ou *post abortum* aiguës nous avons eu la satisfaction d'enregistrer des succès spectaculaires plus nets que ceux que l'on obtenait parfois avec les sulfamides, et surtout plus constants.

Voici quelques observations d'infections aiguës *post abortum* et *post partum* traitées avec succès par la pénicilline.

Observation N° 11

Mme B..., 26 ans, sans profession.

Cette femme entre à l'hôpital Boursier, le 10 octobre 1946, avec un syndrome toxi-infectieux grave, consécutif à une injection d'eau savonneuse dans un but abortif. L'œuf a déjà été expulsé depuis plusieurs jours.

A l'examen, le ventre est souple, mais douloureux. Le toucher vaginal montre un utérus gros et douloureux avec de la périmétrite. Les pertes sont fétides. L'état général est bas. Le faciès est infecté.

Le traitement institué est le suivant : repos au lit, glace sur l'abdomen, *sulfamides, pénicilline :* 200.000 U.O. en trois jours.

L'état général s'améliore mais, le 6e jour : rechute.

Reprise du *traitement pénicillinique* pendant trois jours : 300.000 U.O.

A partir de ce moment, amélioration très nette de l'état général et du faciès. Mais l'utérus reste gros, mou, fixé par la périmétrite surtout marquée dans le cul de sac droit.

Le 6 novembre elle continue à perdre, mais les pertes ne sont pas fétides. Puis, sans traitement nouveau, et en l'espace de quelques jours, l'utérus se libère complètement et retrouve une consistance normale.

On autorise le lever le 12 novembre. Aucun incident. Guérison.

En résumé. — Infection utéro-annexielle *post abortum.*

Traitement combiné pénicilline 500.000 U.O. en deux fois, sulfamides.

Résultat :

1. Action immédiate de ce traitement sur les phénomènes généraux.
2. Désodorisation rapide des pertes.
3. Guérison.

Dans cette observation, la pénicilline semble avoir déclenché la résolution de la réaction pelvienne. Nous avons en effet remarqué pour d'autres malades la continuation de cette action de la pénicilline après cessation du traitement, les phénomènes généraux et locaux continuant à s'amender et à régresser pendant plusieurs jours.

Observation N° III

Mme B..., 38 ans, journalière.

Cette malade entre le 4 octobre 1946 pour fausse couche infectée et phlébite.

A l'examen on note un mauvais état général, l'abdomen est douloureux, les pertes sont fétides. Au toucher vaginal, l'utérus est gros, mou et douloureux. Les culs de sac sont douloureux et empâtés.

On institue le traitement suivant : glace sur l'abdomen, sulfamides.

Mais le 7 octobre, l'état est stationnaire.

On commence alors la *pénicilline :* 500.000 U.O. en 5 jours, du 7 au 11 octobre.

Dès le 9 octobre, les pertes sont moins fétides. Le 12, l'état général et l'état local sont redevenus satisfaisants et subnormaux. Les pertes ont cessé.

Le 2 novembre, la malade a aussi guéri sa phlébite (anathrombase) et elle quitte l'hôpital.

En résumé. — Infection aiguë utéro-annexielle *post-abortum.*

La pénicilline, à la dose de 500.000 U.O., en 5 jours, a :

1. Manifesté une action rapide très supérieure à celle des sulfamides (peut-être surajoutée).
2. Amené une amélioration rapide d'un état général grave.
3. Amené la désodorisation des pertes.

Observation N° IV

Mme C... Andrée, 25 ans.

Cette malade a déjà été hospitalisée pour métroannexite de juin à août 1946, et traitée par propidon-sulfamides.

Le 29 octobre 1946, alors qu'elle était enceinte d'un mois et demi, elle se fait une injection d'eau savonneuse.

Dans la nuit du 30 au 31 octobre, elle est prise de violentes douleurs abdominales.

Elle entre le 31 octobre à l'hôpital Boursier.

A l'examen, on note un très mauvais état général. La température est à 38° 5. Le pouls est à 110.

La palpation montre un ventre douloureux dans son ensemble. Au toucher vaginal, le col est fermé, l'examen est très douloureux, sans prédominance à droite ou à gauche. Le doigtier ramène quelques pertes de sang.

On porte le diagnostic d'infection utéro-annexielle aiguë avec réaction péritonéale.

On institue le traitement suivant : repos au lit, glace sur l'abdomen. *Pénicilline* 500.000 U.O., du 31 octobre au 4 novembre. Lutogyl et lavements laudanisés.

Le 4 novembre, la palpation est indolore, le toucher vaginal non douloureux, le col légèrement entr'ouvert et un peu gros, les culs de sac libres.

On note un prurit assez intense dans la région vulvo-périnéale depuis 24 heures.

La température est tombée dès le début du traitement pénicilliné. Elle est actuellement à la normale. Les douleurs ont disparu.

Le 14 novembre, il n'y a plus de douleurs, l'état général est très amélioré, mais de petites pertes de sang persistent.

Le 19 novembre, on pratique une implantation de progestérone qui est très bien supportée.

Mais, le 7 décembre, des débris placentaires sont expulsés. Un curettage est pratiqué, et l'on ne reconnaît pas de débris fœtaux.

En résumé. — Infection utéro-annexielle aiguë *post-abortum.*

La pénicilline, à la dose de 500.000 U.O. en 5 jours a :

1. Amené une cessation rapide de la température et des douleurs.

2. Amené une régression rapide de l'inflammation utéro-annexielle.

3. N'a pas empêché l'avortement (l'œuf étant, selon toute vraisemblance irrémédiablement perdu depuis les premiers jours).

N.-B. — A noter un incident léger : le prurit vulvo-périnéal, superposable peut-être au prurit du scrotum chez l'homme, signalé au cours de traitements pénicilliniques (Thèse Berrod, Paris 1945).

Chez cette malade, l'œuf fut probablement perdu dès le début, et la pénicilline ne put évidemment pas lui rendre la vie. Néanmoins, dans des cas où l'œuf n'est pas tué par les manœuvres endo-utérines, il semble que l'on puisse espérer une continuation de la grossesse, grâce à l'action rapide de la pénicilline sur l'état général et sur l'état local. Et nous pensons que, dans ce domaine, la pénicilline est susceptible de rendre des services en sauvant des grossesses fortement compromises.

Observation N° V

Mme S... Gilberte, 18 ans, manœuvre.

Il s'agit d'une jeune femme qui, le 3 décembre 1946, a accouché pour la première fois, qui présentait depuis 6 mois environ des pertes jaunâtres, apparues en cours de grossesse, et qui, 6 jours après son accouchement, a présenté un syndrome infectieux marqué par de la température au-dessus de 40 degrés, un pouls rapide, et une douleur dans la fosse iliaque gauche.

Elle entre, envoyée par son médecin, le 11 décembre 1946, au soir.

A l'examen, le 12 décembre, l'état général n'est pas très bon, la malade est fatiguée et pâle. La palpation réveille une douleur dans la fosse iliaque gauche, l'utérus est encore perceptible mais non douloureux. Le toucher vaginal montre un col encore un peu gros et mou, un corps utérin de la grosseur d'un gros poing, non douloureux à la pression et à la mobilisation. Le cul de sac droit est libre et indolore, mais le cul de sac gauche est très douloureux à la pression. On perçoit, à bout de doigt, une masse de la grosseur d'un œuf, dont la mobilisation est douloureuse.

Un prélèvement est pratiqué : pus à cocci Gram positifs.

Le diagnostic porté est celui d'annexite aiguë *post partum*.

Le traitement institué est le suivant : repos au lit, glace sur l'abdomen. *Pénicilline* 500.000 U.O., en 5 jours, du 11 au 16.

Après 24 heures de traitement, la température est tombée de 39° 4 à 37° 4, le pouls de 146 à 100, et le tout ne fait que s'améliorer dans les jours qui suivent.

Prélèvement le 18 décembre : rares cocci Gram positifs.

Examen le 18 décembre : le toucher vaginal n'est pas douloureux, on ne sent plus aucune masse à gauche. La température est depuis 6 jours complètement normale, le pouls est à 84.

La malade sort, guérie.

En résumé. — Annexite aiguë *post partum*.

La pénicilline à la dose de 500.000 U.O. en 5 jours a :

1. Amené une chute rapide de la température et du pouls, à des chiffres normaux.

2. Amené une résolution complète des lésions annexielles gauches nettement individualisées.

Dans les infections sub-aiguës *post-abortum* et *post-partum,* on a pu également enregistrer des succès rapides, comme en témoignent les observations ci-dessous.

Observation N° VI

Mme E... Simone, 29 ans, sans profession.

Cette malade, qui présente dans ses antécédents un accouchement et quatre fausses couches, dont la dernière remonte au début mai 1946, vient consulter, le 20 octobre 1946, pour des douleurs et des métrorragies datant de deux mois environ.

Ces douleurs sont des douleurs de fatigue, des sensations de lourdeur, et des douleurs provoquées par la palpation : ce sont des douleurs vives.

Elle entre à l'hôpital le 23 octobre 1946.

A l'examen, on note un bon état général, avec un léger fébricule à 37° 5, 37° 8. Le pouls est à 90.

La palpation montre une masse dans la fosse iliaque gauche, assez douloureuse, difficile à délimiter de ce fait. Au toucher vaginal, on trouve un col et un corps utérin normaux, mais les deux culs de sacs latéraux sont très empâtés et sensibles avec, à gauche, une masse de contours difficiles à percevoir, mais très sensible et douloureuse.

On porte le diagnostic de métroannexite sub-aiguë *post-abortum* avec masse annexielle gauche, paraissant nécessiter une intervention.

On institue le traitement suivant : repos au lit, glace sur l'abdomen, *pénicilline,* 500.000 U.O. en 5 jours, du 24 au 28 octobre.

Un examen pratiqué le 30 octobre montre que les deux masses se sont modifiées très nettement, en moins d'une semaine. Il ne reste plus qu'une légère résistance dans le cul de sac gauche, et une grosseur du volume d'une noix. La température est redevenue normale et régulière.

Le 2 novembre, pour essayer de hâter la résolution des lésions, on tente un traitement sulfamidé, qui est mal toléré, et que l'on doit abandonner.

Le 6 novembre, le toucher vaginal ne montre plus aucune masse et les culs de sac sont libres.

La malade sort le 7 novembre, guérie, soit 15 jours après son entrée.

En résumé. — Métroannexite sub-aiguë, survenant sur un fond métritique probablement assez ancien, avec masses annexielles importantes d'origine *post-abortum.*

La pénicilline, à la dose de 500.000 U.O. en 5 jours a amené une guérison complète et rapide.

Observation N° *VII*

Mme E... Jeanne, 35 ans, sans profession.

Cette malade a accouché pour la troisième fois en mai 1946 et elle a commencé à souffrir de son bas ventre il y a environ trois mois, au moment de son retour de couches. Ces douleurs siègent dans le pelvis, dans la fosse iliaque droite, dans la région dorso-lombaire, et s'irradient vers la cuisse droite.

Des pertes blanches épaisses accompagnent ces douleurs.

A son entrée, le 17 octobre 1946, l'examen montre un bon état général, la température est à 37°4, le pouls à 85. Le toucher vaginal montre un col normal, un utérus un peu gros, en position indifférente. Les culs de sac sont empâtés, douloureux, et les annexes sont perceptibles des deux côtés, mais surtout à droite. La mobilisation utérine est douloureuse.

On porte le diagnostic de métroannexite sub-aiguë avec prédominance d'annexite droite, d'origine *post partum.*

Le traitement institué est le suivant : repos au lit, glace sur l'abdomen, injections antiseptiques, *pénicilline :* 500.000 U.O. en 5 jours, du 18 au 22 octobre.

A l'examen du 26 octobre, l'utérus est mobilisable sans douleurs. Les annexes ont fondu. On autorise le lever.

La malade quitte l'hôpital, guérie, le 29 octobre, soit 12 jours après son entrée.

En résumé. — Métroannexite sub-aiguë, d'origine *post partum.*

La pénicilline à la dose de 500.000 U.O. en 5 jours a amené une guérison rapide.

Dans certains cas, l'histoire clinique racontée par la malade aiguille le diagnostic sur une infection gonococcique aiguë, et cependant les prélèvement pratiqués se montrent négatifs. C'est un fait connu et fréquent, et certains auteurs pensent, dans ces cas, que la nature gonococcique de l'infection peut être affirmée par la clinique d'une part, et par la présence de polynucléaires altérés dans les pertes d'autre part.

Si nous suivons cette manière de voir, nous pouvons citer des observations dans lesquelles le gonocoque n'a pu être mis en évidence avant le traitement, mais où toute l'histoire clinique et la présence de pus à polynucléaires altérés, font pencher le diagnostic vers celui d'infection gonococcique.

Observation N° VIII

Mlle A... Jacqueline, 21 ans.

Cette malade entre à l'hôpital Boursier le 23 novembre 1946, envoyée par son médecin pour douleurs abdominales, à début progressif, s'accompagnant de douleurs lombaires avec douleurs à type de brûlures à la fin de la miction, et pertes jaunes empesant le linge.

Cette malade ne présente d'ailleurs aucun antécédent gynécologique notable.

A l'examen, l'état général est bon, mais la température est à 38°. La palpation est douloureuse. Le toucher vaginal très douloureux, montre une annexe droite augmentée de volume et douloureuse.

Le prélèvement pratiqué fut malheureusement égaré.

Le traitement institué à l'entrée fut le suivant : repos au lit, glace sur l'abdomen, *pénicilline :* 500.000 U.O. en 5 jours.

Examen le 25 en cours de traitement. Cet examen n'est plus douloureux. On ne réveille qu'une légère douleur à bout de doigt dans le cul de sac droit. La mobilisation est indolore. La température est retombée à 37°. Les douleurs ont disparu.

Prélèvement : pas de gonocoque.

Autre prélèvement le 7 décembre : pas de gonocoque, pas de pus.

La malade ne présente aucune lésion et va tout à fait bien. Elle sort le 7 décembre 1946.

En résumé. — Annexite sub-aiguë (probablement gonococcique, le partenaire étant en traitement pour blennorragie à l'hôpital militaire). La pénicilline à la dose de 500.000 U.O. en 5 jours, a amené une guérison rapide.

Observation N° IX

Mme H... Françoise, 24 ans.

Cette malade, sans antécédents gynécologiques, entre le 28 octobre 1946, pour des pertes verdâtres épaisses apparues depuis 15 jours. Simultanément, le mari fait une orchite qui le fait admettre à l'hôpital du Tondu, le 12 octobre, où il subit un traitement pénicillinique. Sa femme entre à l'Hôpital Boursier pour traitement.

La malade se plaint, en plus de ses pertes, de douleurs spontanées, à la fatigue, et un peu au repos, dans le pelvis et dans les lombes.

Au toucher vaginal, douloureux dans son ensemble, on note un cul de sac droit un peu empâté et douloureux. Le col est normal.

Un prélèvement, pratiqué le 30 octobre, ne montre pas de gonocoque, mais des polynucléaires altérés et de nombreux cocci et bacilles.

On porte le diagnostic de métroannexite sub-aiguë probablement gonococcique (car cliniquement, malgré le laboratoire, il semble que l'on puisse affirmer ce diagnostic).

Le traitement est le suivant : repos au lit, glace sur l'abdomen, *pénicilline :* 500.000 U.O. en 5 jours, du 31 octobre au 4 novembre.

Le 4 novembre 1946, la palpation et le toucher vaginal sont indolores. Le col est normal, l'utérus est rétrofléchi, les culs de sac sont libres, les pertes sont en régression, la température est normale.

La malade sort le 7 novembre après un nouveau prélèvement négatif.

En résumé. — Métroannexite bilatérale, à forme douloureuse, prédominant à droite, sans masse annexielle importante, et de nature probablement gonococcique.

La pénicilline, à la dose de 500.000 U.O., en cinq jours, a amené très rapidement la guérison.

Les huit dernières observations mettent donc en évidence l'efficacité et la rapidité d'action de la pénicilline, dans les infections à flore bactérienne pénicillino-sensible.

*
* *

II. IMPORTANCE DE LA NATURE DES LESIONS ANATOMIQUES

En ce qui concerne la forme anatomique prise par les lésions, il est certain que la pénicilline va agir différemment suivant le type de lésions auquel elle s'adresse.

C'est ainsi que nous avons remarqué, en débordant du domaine des annexites, que toutes les suppurations enkystées répondent très mal à la pénicilline injectée par voie parentérale.

Ce qui est vrai pour les suppurations enkystées diverses, semble vrai également dans le domaine des annexites : les abcès pelviens enkystés, les abcès de l'ovaire, les pyosalpinx répondent très mal à la pénicilline.

Voici deux observations typiques à ce sujet :

Observation N° X.

Mme P... Rolande, 40 ans, marchande ambulante.

Cette malade a commencé à souffrir pour la première fois en septembre 1946. L'épisode fut court.

Puis, en octobre 1946, apparition d'un point douloureux dans la fosse iliaque gauche, avec douleur lancinante et persistante. Le médecin consulté conseille l'hospitalisation.

Elle entre le 26 novembre 1946.

A l'examen, on se trouve en présence d'une malade fatiguée, avec une température à 38°. L'utérus, un peu gros, est très rétroversé. Les culs-de-sac, surtout le gauche, sont douloureux et peu dépressibles.

Un prélèvement pratiqué fut égaré.

On pense qu'il s'agit d'une rétroversion douloureuse avec réaction annexielle gauche.

On institue un traitement par la *pénicilline :* 500.000 U.O. en cinq jours, du 29 novembre au 3 décembre.

La température qui, depuis le 27, atteint 38° tous les soirs, n'est pas du tout influencée par la pénicilline. Cependant, les douleurs diminuent.

A l'examen du 7 décembre, la température reste rémittente à 38°-39°, et on constate que l'utérus rétroversé est actuellement noyé dans une masse inflammatoire qui bloque le pelvis.

Prélèvement le 9 décembre : flore banale de bacilles Gram positifs.

Le 9 décembre au soir : évacuation spontanée de pus par l'anus.

L'abcès constaté à l'examen du 7 s'est ouvert spontanément dans le rectum. Dès le lendemain, la température retombe à 37° et s'y maintient.

Examen le 2 janvier 1947 : il ne subsiste plus dans le cul-de-sac gauche qu'une petite masse dure en voie de régression. On propose l'intervention à la malade. Elle la refuse et quitte le service le 15 janvier 1947 en promettant de revenir si elle souffre à nouveau.

En résumé. — Il s'est agi d'un abcès d'origine annexielle, dont l'ouverture spontanée dans le rectum a assuré la guérison.

Mais il convient de constater que la pénicilline à la dose de 500.000 U.O. n'a eu aucune action, ni sur la température, ni sur la formation et l'évolution de cet abcès.

Observation N° XI.

Mme P..., Simone, 22 ans, manœuvre.

Cette malade entre, le 8 février 1947, pour fausse-couche infectée provoquée. Elle présente des pertes jaunes fétides abondantes et souffre du ventre.

A l'examen, la température est à 39°, le pouls à 100. L'état général est bas, le faciès infecté, avec sub-ictère des conjonctives. L'abdomen est douloureux et difficile à palper, contracté et dur. Au toucher vaginal, l'utérus paraît gros, douloureux, les culs-de-sac sont tendus et douloureux, surtout le droit.

On porte le diagnostic d'infection aiguë post-abortum, à type de pelvi-péritonite.

La malade reçoit 900.000 U.O. de *pénicilline,* en cinq jours, du 9 au 13 février.

A cette date, le ventre est souple, l'utérus est vraisemblablement rétroversé, mais il est noyé dans une masse inflammatoire dure, bosselée, douloureuse, occupant tout le Douglas. La température est retombée à 37°.

Le 20 février, la masse inflammatoire du Douglas a complètement disparu.

Le 22 février, on a la surprise de constater un clocher à 39°5 et la réapparition des douleurs. Mais la malade avoue s'être levée malgré l'interdiction formelle. On la remet au repos et à la glace.

Examen le 4 mars : la température, depuis le lever intempestif, reste oscillante entre 37° et 38°. Il se précise une masse droite inflammatoire. On reprend la *pénicilline :* 500.000 U.O. en cinq jours.

Très rapidement, la température retombe à 37° et la malade se sent mieux.

Examen le 13 mars : La masse droite n'a pas diminué. Elle s'est précisée dans ses contours. On diagnostique un pyosalpinx et l'intervention est décidée.

Intervention le 14 mars : on trouve un pyosalpinx droit de la grosseur d'une orange. La trompe est enlevée et le drainage est réalisé par la voie vaginale. Le pus du pyosalpinx, ensemencé sur bouillon, s'est révélé stérile.

La lendemain, la température est à 39°. On reprend la *pénicilline* à la dose de 400.000 U.O. du 15 au 18 mars.

Puis les suites opératoires sont simples.

La malade quitte le service le 22 mars. Elle est revue quinze jours après, parfaitement guérie et ne souffrant pas.

En résumé. — Pelvi-péritonite post-abortum améliorée par la pénicilline. Un lever intempestif amène une rechute et la constitution d'un pyosalpinx droit.

La pénicilline n'amène aucune amélioration du pyosalpinx.

L'intervention fut nécessaire : elle fut précoce.

Les suites furent simplifiées par la reprise de la pénicilline.

Ainsi, l'impossibilité d'atteindre l'infection « in loco » amène, dans ces cas de suppurations enkystées, un échec de la pénicilline administrée par voie intra-musculaire.

Par contre, dans les cas où la pénicilline peut être portée au contact du foyer d'infection, elle reprend toute son action, comme le démontre l'observation suivante :

Observation N° XII.

Mme P... Marthe, 42 ans, lingère.

Cette malade est venue à la consultation pour des troubles des règles, consistant en un retard de quelques jours, puis apparition de règles en quantité moindre que d'habitude, mais se prolongeant depuis vingt jours, et continuant au moment de la consultation.

Ces pertes sont accompagnées de douleurs du pelvis, de diarrhée, de nausées.

A l'examen, le 5 février 1947, le col est normal, ni ramolli ni entr'ouvert, l'utérus est en rétroversion adhérente, les culs-de-sac sont libres.

Dans les antécédents, on note une grossesse extra-utérine gauche opérée en 1937.

Elle entre le 11 février 1947.

Le 12 février, la malade est au lit depuis 24 heures, elle perd beaucoup moins et ne souffre pas. Au toucher vaginal, les culs-de-sac sont un peu douloureux.

Une hystérographie, pratiquée le 13 février, fait pencher le diagnostic vers celui de métrite hyperplasique.

Dans ces conditions, un curettage est pratiqué le 18 février. On ramène des débris de muqueuse, qui, examinés histologiquement, se révèlent être de la muqueuse normale. Le lendemain du curettage, la température est montée à 38°8. On institue un traitement sulfamidé et on met de la glace sur l'abdomen. La température reste autour de 38°.

Le 22 février, on commence la *pénicilline* : 500.000 U.O. en cinq jours.

Cependant, le ventre se ballonne, de la rétention d'urine s'installe et, le 27, le Douglas et les parois vaginales sont indurées et douloureuses.

La persistance de la température, la présence de glaires rectales abondantes, avec anus tendant à se dilater, font penser à l'existence d'une collection septique. On décide une colpotomie

qui, pratiquée le 1er mars 1947, laisse écouler un liquide séro-hématique, contenant du staphylocoque. On laisse une sonde dans le Douglas, et les 6 et 7 mars on y instille de la *pénicilline en goutte à goutte*, à raison de 100.000 U.O. par jour, pour lutter contre une température aux environs de 39° depuis le 5 mars.

Le 8 mars, on instille encore 100.000 U.O. et les 9 et 10 mars, 30.000 U.O. par jour. Soit, en tout : 360.000 U.O. de *pénicilline*.

La température est revenue à la normale dès le troisième jour et s'y maintient depuis.

On laisse la malade au lit et à la glace pendant près d'un mois et elle quitte le service, guérie.

En résumé. — Infection, à la suite d'un curettage, d'une collection hématique du Douglas, probablement due à une grossesse extra-utérine rompue depuis un certain temps.

La pénicilline générale, à la dose de 500.000 U.O. n'a eu aucune action sur l'évolution de l'infection.

Mais la pénicilline instillée dans le Douglas, à la dose de 360.000 U.O., a eu une action très nette pour ramener à la normale une poussée de température importante.

Ainsi donc, en gynécologie comme dans les autres domaines, les suppurations enkystées sont pratiquement insensibles à la pénicilline, administrée autrement que par la voie locale.

Les échecs de la pénicillinothérapie sont donc, dans nos trois dernières observations, parfaitement explicables.

Le problème, pour le clinicien, consiste donc à diagnostiquer l'enkystement de la suppuration. Ce problème est souvent très difficile à résoudre, et c'est pourquoi, dans bien des cas, la pénicilline devra être employée avant qu'il soit résolu, faute de quoi on risquerait de perdre un temps précieux.

Si la pénicilline n'a alors aucune action sur la suppuration, du moins permettra-t-elle au chirurgien, si une intervention est nécessaire, d'opérer avec plus de sécurité. Le chirurgien pourra, en effet, au cours de l'intervention, porter la pénicilline « in loco » au contact même des lésions, dans des conditions optima d'action contre les germes pathogènes.

*
* *

III. ROLE D'APPOINT DE LA PENICILLINE DANS L'ELABORATION DE CERTAINS DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

Enfin, il est un point qui mérite d'être signalé à l'actif de la pénicillinothérapie : c'est celui du rôle d'appoint qu'elle peut jouer dans l'établissement de certains diagnostics différentiels particulièrement difficiles.

Parmi ceux-ci il en est deux, en gynécologie, qui sont parfois difficiles à trancher : annexite ou grossesse extra-utérine d'une part ,annexite droite ou appendicite, d'autre part.

Ces problèmes se posent assez fréquemment au gynécologue, et peuvent, dans la majorité des cas, être résolus par les signes cliniques ou biologiques habituellement employés.

Mais parfois, malgré un examen complet, le doute subsiste. Parfois aussi l'attente du résultat des signes biologiques peut être longue, et le médecin est inquiet.

En ce qui concerne la grossesse extra-utérine, une réaction de Brouha négative ne permet pas de rejeter le diagnostic et l'inquiétude du médecin persiste encore.

C'est dans ces cas que la pénicilline peut jouer à la fois un rôle thérapeutique et diagnostique, s'il s'agit d'une annexite.

Voici une observation à ce sujet.:

Observation N° XIII.

Mme P..., 24 ans, culottière.

Cette malade, qui a fait une fausse-couche, il y a environ deux ans, consulte pour des douleurs et des métrorragies survenant après un léger retard de règles.

Les douleurs ont débuté vers la fin août 1946. Ce sont des douleurs du bas-ventre avec prédominance médiane et droite.

Le 24 octobre 1946, les règles apparaissent à leur date normale, mais durent trois jours au lieu de sept, puis s'arrêtent pendant deux jours pour reprendre ensuite et se prolonger par des pertes de couleur marron. La malade consulte son médecin, qui, devant

ce tableau, pense à la possibilité d'une grossesse extra-utérine droite. Le docteur Irène Bernard, qui voit la malade, conseille l'hospitalisation, pensant également à ce diagnostic.

C'est ainsi que, le 13 novembre 1946, la malade entre dans le service.

A l'entrée, l'examen révèle un état général assez bon, mais la malade est fatiguée. Elle souffre du bas-ventre, surtout à droite. La palpation abdominale est douloureuse. Au toucher vaginal, douloureux dans son ensemble, on trouve un col petit, de consistance normale, un corps utérin antéfléchi, fixé par ses deux cornes, douloureux. Dans le cul-de-sac droit on trouve une masse très sensible. Le cul-de-sac gauche est libre, mais douloureux.

Cette bilatéralité des douleurs fait pencher le diagnostic vers celui d'annexite plutôt que vers celui de grossesse extra-utérine. Néanmoins, ce diagnostic n'est pas, d'emblée, écarté.

Un prélèvement, pratiqué à l'entrée, révèle la présence de pus, de cocci, et de bacilles Gram positifs.

Dans ces conditions, le traitement suivant est institué : repos au lit; glace sur l'abdomen; *pénicilline :* 500.000 U.O. en cinq jours, du 16 au 20 novembre.

En cours de traitement, la masse annexielle droite disparaît complètement, la douleur et un léger empâtement subsistent à gauche.

Le 28 novembre, l'utérus, antéfléchi, mobile, n'est plus douloureux. Il ne subsiste plus qu'une petite adhérence au niveau de la corne utérine gauche.

En résumé. — Annexite subaiguë survenue sur un fond d'annexite, probablement plus ancienne, s'accompagnant de douleurs et de pertes sanguines qui en imposèrent un certain temps pour une grossesse extra-utérine.

La pénicilline à la dose de 500.000 U.O., en cinq jours, a :

1° écarté le diagnostic de grossesse extra-utérine;

2° amené une guérison rapide de l'annexite.

Ce n'est véritablement que la disparition de la masse annexielle droite, sous l'influence de la pénicilline, qui permit d'éliminer avec certitude, le diagnostic de grosses extra-utérine.

En ce qui concerne le problème diagnostique entre appendicite et annexite, nul ne contestera qu'il se présente avec une certaine fréquence, et qu'il est parfois difficile à résoudre.

Voici une observation, recueillie par M. le Professeur agrégé Magendie, et qu'il a bien voulu nous communiquer :

Observation N° XIV.

Mme F... Paulette, 28 ans.

Cette malade nous est envoyée d'urgence par son médecin, de Langon, dans la nuit du 10 octobre 1946, avec le diagnostic d'appendicite aiguë. En réalité, la crise a débuté quinze jours avant et a subi un réveil aigu depuis le matin.

La température est à 37°5; il existe une défense douloureuse dans la fosse iliaque droite, et une douleur vive au point de Mac Burney. Mais cette jeune femme a déjà eu deux crises de métrite avec cystite et le toucher montre un empâtement du cul-de-sac droit, avec douleur très vive à la mobilisation utérine.

On pense plutôt à une annexite droite, et on décide de mettre la malade en observation.

Mais, à la glace et aux sulfamides, on ajoute un traitement de 500.000 U.O. *de pénicilline* en cinq jours.

Dès le troisième jour, la défense musculaire a disparu et le point de Mac Burney n'est plus douloureux. Au toucher vaginal, l'empâtement a littéralement fondu. Le quatrième jour, on sent encore la trompe collée sur la paroi postérieure du pelvis, et très douloureuse au toucher. Le sixième jour, elle n'est plus perceptible, il ne reste qu'une légère sensibilité de la région au palper bimanuel très appuyé.

La malade quitte la clinique, le septième jour, en voie de guérison.

Dans ce cas, la pénicilline a permis, en peu de temps, d'assigner leur véritable valeur à une annexite prédominante, et à un « flirt » appendiculaire tout à fait secondaire.

Ainsi, dans les cas où l'épreuve thérapeutique à la pénicilline est positive, le diagnostic d'annexite s'impose. Mais, dans le cas contraire (sans que nous en ayions d'expérience personnelle), le diagnostic d'annexite ne pourrait pas, à notre avis, être rejeté, l'existence d'une suppuration enkystée (abcès, pyosalpinx, etc.), répondant également très mal à la pénicilline, comme nous l'avons montré plus haut.

*
* *

IV. CONCLUSIONS

Nous avons donc envisagé l'action de la pénicillinothérapie sur les annexites aiguës et subaiguës, et nous avons pu constater l'énorme proportion des succès par rapport aux échecs.

Nous avons également essayé de mettre en évidence les causes de ces échecs, et nous les avons trouvées :

1° Dans la nature de la flore bactérienne;

2° Dans le fait que la pénicilline ne peut être portée au contact de certaines suppurations enkystées.

Pourquoi la pénicilline ne passe-t-elle pas à travers les parois des abcès et ne se porte-t-elle pas ainsi au contact des germes pathogènes ? Il semble qu'il faille chercher l'explication de cette constatation dans le fait que la pénicilline possède une constitution chimique complexe, qui lui confère une molécule énorme et, par conséquent, incapable de filtrer à travers les parois plus ou moins épaisses des abcès.

Qu'il nous suffise, sans nous lancer dans des explications pathogéniques peut-être prématurées, de constater le fait et de l'enregistrer.

Nous nous sommes aussi demandé, devant les résultats obtenus, ce que l'on était en droit d'espérer pour l'avenir, grâce à la pénicilline.

A cette question, nous répondrons en trois points :

1° Que la rapidité d'action de la pénicilline, et les guérisons spectaculaires qu'elle amène dans de nombreux cas, peuvent nous faire escompter, pour l'avenir, une diminution notable du pourcentage de passages à la chronicité.

2° Que cette même rapidité d'action sur les annexites aiguës et subaiguës gonococciques, peut nous faire espérer une diminution des cas de stérilité par gonococcie.

3° Que la régression rapide des lésions, en amenant dans certains cas, comme dans notre observation VI, un recul de la chirurgie, évitera des interventions plus ou moins radicales, mais toujours mutilantes, et qui aboutissaient parfois à castrer des femmes encore jeunes.

Si ces espoirs sont fondés, et c'est l'avenir qui nous le dira, la pénicilline aura vraiment rendu, en plus de ses services immédiats, des services considérables, tant du point de vue individuel que du point de vue social.

PENICILLINOTHERAPIE DES METROANNEXITES CHRONIQUES

Nous avons étudié également l'influence de la pénicilline sur les métroannexites chroniques.

A cet égard, nous classerons ces dernières en trois formes anatomiques principales :

— les cervicites chroniques;
— les métrites du corps utérin;
— les masses annexielles chroniques.

Il reste évidemment entendu que cette classification est artificielle, et que, s'il arrive que l'on trouve des masses annexielles chroniques sans cervicite, ou des cervicites sans masse annexielle, il est également très fréquent de noter leur association et d'avoir à traiter simultanément l'ensemble des lésions anatomiques.

Néanmoins, comme en matière de pénicillinothérapie la forme de traitement varie essentiellement suivant la forme anatomique des lésions, nous avons cru bon d'adopter cette classification.

I. LES CERVICITES CHRONIQUES

Lorsque la cervicite chronique est installée, nous avons remarqué, comme le montrent les observations que nous publions dans ce chapitre, que la pénicilline administrée par voie intra-musculaire était le plus souvent incapable de déloger de leurs repaires les germes pathogènes de la cervicite, et, en particulier, le gonocoque, qui est de beaucoup le plus fréquent.

Nous avons ainsi été amenés à rechercher le moyen de lutter efficacement, dans ces cas, contre l'infection. Notre maître, M. le Professeur agrégé Magendie, s'inspirant de la technique de

Palmer et Esse, qui injectaient « in loco » de la sulfapyridine, eut un des premiers l'idée de porter directement la pénicilline au contact des germes, par des injections pratiquées dans la sous-muqueuse du cervix.

Mais, dans les cas de cervicite ulcéreuse, nous nous sommes vite aperçus de l'impuissance de la pénicilline à guérir l'ulcération. Et, pour les cervicites ulcéreuses, M. le Professeur agrégé Magendie a recours systématiquement à l'association pénicilline locale et électrocoagulation.

1. Pénicillinothérapie sans traitement local

Parfois, le traitement local est impossible à pratiquer, et la pénicilline intra-musculaire aboutit, le plus souvent, à un échec. C'est le cas, en particulier, des cervicites chroniques, ulcéreuses ou non, dépistées au cours de la grossesse. Une fois cependant la pénicilline intra-musculaire a réussi à blanchir une gonococcie chronique, au cours de la grossesse. Voici l'observation :

Observation N° XV.

Mme M..., Denise, 33 ans, femme de ménage.

Cette malade est envoyée dans le service pour menace d'avortement et traitée comme telle.

Elle a déjà été traitée, il y a deux ans, dans le service du Professeur Jeanneney, pour une métroannexite. Après une période d'amélioration de un an environ, le syndrome de métroannexite a repris avec pertes jaunâtres abondantes, ménorragies, douleurs dans la fosse iliaque gauche, et tiraillements lombaires.

Un prélèvement pratiqué le 12 novembre 1946 révèle la présence de gonocoques et de nombreux polynucléaires dégénérés.

Pour cette raison, et simultanément au traitement de sa menace d'avortement, on institue un traitement par la *pénicilline*, à raison de 500.000 U.O. en cinq jours, du 14 au 18 novembre.

Sa menace de fausse-couche étant écartée, la malade se lève le 1er décembre.

Prélèvement le 2 décembre : pas de gonocoques.

Ses pertes ayant complètement cessé, elle sort le 7 décembre.

En résumé. — Gonococcie chronique chez une femme enceinte de deux mois environ, blanchie par 500.000 U.O. de pénicilline.

Il est à noter que la pénicilline n'a amené aucun incident quant à la grossesse.

Mais, le plus souvent, l'impossibilité de pratiquer le traitement local, aboutit à un échec de la pénicillinothérapie sur la cervicite.

Observation N° XVI.

Mme T... Mauricette, 20 ans, bonne à tout faire.

Cette malade a commencé à présenter des pertes jaunâtres à l'âge de 19 ans, abondantes et malodorantes. Il y a un mois environ, elle a présenté un syndrome de cystite avec douleur à la miction, pollakiurie, et faux besoins.

De plus, les dernières règles datent du 15 septembre 1946, et la malade est reconnue enceinte de deux mois et demi environ.

Elle est envoyée cette fois-ci par son médecin avec le diagnostic d'appendicite et grossesse. Les crises douloureuses, siégeant à droite, ont le type lancinant, et s'irradient le long de la cuisse droite. Depuis que la grossesse a débuté ces douleurs ont augmenté.

Elle entre à l'hôpital, le 10 décembre 1946.

A l'examen, l'état général est bon, l'abdomen est souple, le point de Mac Burney n'est pas net. Mais, plus bas, on réveille une douleur, qui paraît annexielle. Le toucher vaginal montre un col de nullipare, un utérus de grossesse, un cul-de-sac gauche libre, et un cul-de-sac droit empâté et douloureux.

Un prélèvement, pratiqué le 13 décembre, révèle la présence de gonocoques.

Il s'agit donc, non pas d'une appendicite, mais d'une annexite gonococcique droite, comme le prouvent le passé de pertes jaunes, et le syndrome de cystite récent.

On institue le traitement suivant : repos, glace, injections; *pénicilline :* 500.000 U.O. en cinq jours, du 19 au 23 décembre.

Prélèvement le 24 : gonocoques.

Ce même jour, à l'examen, tout empâtement et toute douleur ont disparu à droite, au toucher vaginal. Mais les pertes persistent.

Prélèvement le 27 : gonocoques.

La malade sort le 28 décembre, non guérie de sa gonococcie, mais soulagée de son syndrome douloureux.

En résumé. — Annexite gonococcique au cours de la grossesse.

La pénicilline à la dose de 500.000 U.O. a eu une action résolutive et antialgique manifeste sur les lésions annexielles.

Mais elle n'a eu, par contre, aucune action sur les pertes, qui renferment toujours du gonocoque. Cette malade sera soumise au traitement par la pénicilline intra-cervicale lorsque sa grossesse sera terminée.

Dans cette observation, la pénicilline a guéri l'annexite, mais n'a pas eu d'action sur la cervicite.

Voici une autre observation :

Observation N° XVII.

Mme D... Gisèle, 23 ans, sans profession.

Cette malade, enceinte de 7 mois environ, présente une gonococcie datant d'avril 1946, début de sa grossesse.

Elle fut traitée à l'hôpital du Tondu par 200.000 U.O. de *pénicilline* en vingt-quatre heures, au mois de juillet.

Deux prélèvements faits, l'un à la sortie, l'autre huit jours après, furent négatifs.

A la suite d'une réinfection probable par le mari non traité simultanément, les pertes réapparaissent.

Elle vient à l'hôpital Boursier, pour traitement, le 31 octobre 1946.

A l'examen, la palpation abdominale est indolore, le toucher vaginal, indolore, montre un col mou de grossesse, des culs-de-sac libres. Au spéculum, on voit un gros col sans ulcération, mais avec des sécrétions abondantes.

Un prélèvement est pratiqué et il révèle la présence de gonocoques.

On porte le diagnostic de cervicite gonococcique au cours de la grossesse.

Devant l'impossibilité, du fait de la grossesse, de faire le traitement local, on décide le traitement par la *pénicilline intramusculaire,* à raison de 500.000 U.O. en cinq jours, du 1er au 5 novembre

Le 6 novembre, en fin de traitement, les pertes sont nettement diminuées, mais non taries.

Prélèvement du 4 novembre : gonocoques.

Prélèvement le 7 novembre : gonocoques.

Elle sort le 7 novembre, non guérie.

En résumé. — Cervicite chronique gonococcique au cours de la grossesse. La pénicilline à la dose de 500.000 U.O. en cinq jours a marqué un échec complet.

Là encore, par conséquent, la nécessité d'un traitement local est mise en évidence par l'échec du traitement général employé seul.

Notons en passant, à propos de ces trois observations, que nous n'avons pas constaté de contractions utérines ni de douleurs à type de coliques, comme cela a été signalé dans quelques cas de pénicillinothérapie au cours de la grossesse.

2. Le traitement local associé au traitement général

Nous allons maintenant comparer les résultats ci-dessus avec ceux que nous avons obtenus en instituant un traitement local, associé d'ailleurs au traitement général, dans les cas où une annexite uni ou bilatérale existait en même temps que la cervicite.

Mais auparavant, nous pensons qu'il convient de donner quelques détails sur la nature de ce traitement local.

a) La technique du traitement local

Ce traitement consiste en deux points :

— pénicillinothérapie locale dans les cas de cervicites non ulcéreuses;

— pénicillinothérapie locale et électrocoagulation dans les cas de cervicites ulcéreuses.

L'électrocoagulation du col est bien connue, et ne mérite pas un développement spécial.

En ce qui concerne l'outillage nécessaire à la pénicillinothérapie locale, M. le Professeur agrégé Magendie a recherché les moyens de pratiquer des injections dans la sous-muqueuse du cervix, en tenant compte à la fois des conditions anatomiques et des conditions mécaniques.

Les conditions anatomiques sont représentées essentiellement par la profondeur du col, situé à bout de spéculum, et, par conséquent, cette situation nécessite une aiguille suffisamment longue. Cette longue aiguille doit cependant être rigide, afin de piquer avec précision tel point qu'il paraît nécessaire d'injecter.

Les conditions mécaniques apparaissent au cours de l'injection. Le tissu de l'endo-cervix est un tissu dense, très serré, et, de ce fait, la pression exercée sur le piston doit être assez considérable.

Pour répondre à ces diverses conditions, M. le Professeur agrégé Magendie eut l'idée de s'adresser, d'une part à la seringue métallique utilisée par les dentistes (seringue d'Aubin), et, d'autre part, aux aiguilles utilisées en stomatologie ou en oto-rhino-laryngologie. pour l'anesthésie des amygdales.

Ces aiguilles, d'une douzaine de centimètres de longueur environ, sont constituées par une embase rigide de plusieurs millimètres de diamètre et de dix centimètres de longueur, alors que l'extrémité est effilée comme une aiguille ordinaire, sur une longueur de deux centimètres environ. Cette disposition permet de ne pas enfoncer trop profondément l'aiguille et surtout de savoir la profondeur à laquelle se trouve son extrémité.

Un filetage permet l'adaptation de l'aiguille à la seringue, et l'étanchéité est assurée par des joints livrés avec la seringue.

Lorsque cet outillage est constitué, les injections sont facilement praticables.

Dans les cas où l'on n'a pas ce matériel à sa disposition, il est également possible d'employer la seringue de Pauchet, qui permet, elle aussi, d'exercer des pressions importantes, et la grande aiguille de Finsterer, de même aspect que les aiguilles décrites ci-dessus, mais beaucoup plus longue, ce qui, au demeurant, est plutôt un avantage qu'un inconvénient.

L'injection est pratiquée de la façon suivante : une solution de 25.000 U.O. à 35.000 U.O. de pénicilline dans 5 cc. de sérum physiologique, est poussée dans le tissu sous-muqueux de la région exo-cervicale et de l'endocervix.

Les injections sont pratiquées tous les centimètres environ sur le pourtour du col, et en profondeur, aussi haut que possible dans la cavité endocervicale, en remontant par des injections « en épi » à l'intérieur de cette cavité.

L'injection est peu douloureuse, à condition toutefois, que l'opérateur ait pris soin de fixer le col, et par conséquent l'utérus et ses annexes, par une pince de Museux ou de Pozzi, qu'il tient dans sa main libre. En effet, si cette précaution n'est pas prise, chaque piqûre produit un ébranlement de l'utérus et des tiraillements sur les ligaments, ce dont les malades se plaignent vivement.

Les injections peuvent être renouvelées tous les deux ou trois jours selon les cas, et nous avons obtenu régulièrement en deux ou trois injections, le nettoyage bactériologique de la cervicite.

b) Cas de cervicites ulcéreuses

Dans les cas de cervicites ulcéreuses, nous avons toujours dû nous adresser à l'électrocoagulation pour guérir l'ulcération elle-même, la pénicilline restant sans action sur cette lésion anatomique.

Cette électrocoagulation nous a toujours donné d'excellents résultats quant à la régénération de la muqueuse cervicale, mais elle n'a jamais pu, à elle seule, faire disparaître le gonocoque.

En voici un exemple :

Observation N° XVIII

Mme D... Lucienne, 33 ans, sans profession.

Il s'agit d'une malade qui, depuis 1942, présente un syndrome ménorragique peu important jusqu'à la fin de 1944. A cette date, des pertes jaunâtres empesant le linge, apparaissent. Des douleurs bas situées, à type de brûlures, surtout marquées à droite, accompagnent ces pertes et ces ménorragies.

Ce n'est que le 13 novembre 1946 qu'elle entre à l'hôpital, sur les conseils de son médecin consulté quelques jours avant.

A l'examen, le 14 novembre, on trouve une malade un peu pâle, qui accuse des douleurs spontanées diffuses de tout le bas ventre, avec des irradiations crurales et lombaires. Ces douleurs provoquent même de l'insomnie. Les pertes, jaunes, sont abondantes.

La palpation est douloureuse, surtout à droite, dans la fosse iliaque. Au toucher vaginal, l'utérus est un peu gros, mais ne présente pas d'autres anomalies. Le col est gros, déchiré, le cul de sac gauche est douloureux, le cul de sac droit aussi, et l'on y perçoit une masse annexielle.

Au spéculum, le col apparaît *ulcéré.*

Prélèvement : pus avec cocci Gram positifs, et gonocoques extracellulaires.

On porte le diagnostic de syndrome de dysménorrhée à type ménorragique et métroannexite chronique gonococcique avec cervicite ulcéreuse.

On décide un traitement par la *pénicilline*, à raison de 500.000 U.O. du 19 au 23 novembre 1946.

Vu l'état du col, on décide une *électrocoagulation* qui est pratiquée le 20 novembre.

Le 4 décembre, les pertes continuent, l'escharre est tombée, l'annexite a fondu.

Prélèvement ce même jour : les gonocoques persistent.
On décide de faire de la *pénicilline intra-cervicale :*
Le 10 décembre : 50.000 U.O.
Le 17 décembre : 50.000 U.O.
Le 26 décembre : 50.000 U.O.

Prélèvement le 26 décembre : pas de gonocoques. Les pertes ont presque disparu.

Prélèvement le 6 janvier 1947 : pas de gonocoques. Les pertes et les douleurs ont complètement disparu. Les ménorragies ont considérablement diminué.

En résumé. — Métroannexite chronique gonococcique avec cervicite ulcéreuse et ménorragies.

La pénicilline à la dose de 500.000 U.O. par voie intra-musculaire a amené la régression de l'annexite et des douleurs, mais n'a pas guéri la cervicite.

L'électro-coagulation n'a pas fait disparaître le gonocoque.

La pénicilline intra-cervicale à la dose de 150.000 U.O. en trois injections, a amené le blanchiment de la cervicite.

Il arrive même que l'électrocoagulation, en agissant comme un traumatisme local, fasse reparaître le gonocoque, lorsque celui-ci restait latent ou caché dans la profondeur des glandes cervicales. Nous avons plusieurs observations qui mettent ce fait en évidence.

Observation N° XIX

Mme D... Fernande, 42 ans, employée.

La malade vient à l'hôpital pour des pertes jaunes empesant le linge.

Ces pertes ont commencé à prendre ces caractères vers le début octobre. Le mari, reconnu porteur de blennorragie, est en traitement.

Il y a quatre ans, la malade avait présenté une métrite incomplètement traitée par des sulfamides, et les pertes n'avaient jamais cessé depuis. Mais elles étaient moins abondantes que maintenant.

Elle entre le 9 octobre 1946, avec un état général satisfaisant. Elle ne souffre pas à la palpation et le toucher vaginal montre un col un peu gros, très haut situé, un corps utérin normal, des culs de sac libres et peu sensibles.

Au spéculum le col est rouge et présente une *ulcération.*

En présence de cette cervicite ulcéreuse on met la malade à la *pénicilline :* 400.000 U.O. du 10 au 13 octobre.

En cours de traitement, un prélèvement est pratiqué le 12 octobre et ne révèle que du pus et des coccì Gram positifs.

Une *électrocoagulation* est faite le 18 octobre.
Prélèvement le 21 : flore banale.
Prélèvement le 23 : présence de gonocoques.
Ce même jour on pratique *dans la sous-muqueuse du col, des injections de pénicilline :* 50.000 U.O.

La malade sort le 25 octobre. Le 29 et le 30 elle a ses règles.
Le 30 elle revient : *pénicilline intra-cervicale* 50.000 U.O.
Prélèvement le 4 novembre : pas de gonocoques.
Prélèvement le 6 novembre : pas de gonocoques.
Elle sort à nouveau le 7 novembre.
Elle est revue le 19 décembre. Ses pertes ont complètement cessé. Un nouveau prélèvement est négatif.

En résumé. — Métrite cervicale et réaction annexielle légère.

La pénicilline par voie intra-musculaire à la dose de 400.000 U.O. a guéri la réaction annexielle.

L'électrocoagulation a nettoyé le col mais n'a pas détruit le gonocoque.

La pénicilline intra-cervicale, à la dose de 100.000 U.O. en deux fois, a amené la guérison de la cervicite.

Observation N° XX

Mme V... Yvette, 26 ans, cultivatrice.

La malade vient à l'hôpital pour un syndrome douloureux abdominal accompagnant des pertes jaunes depuis mai 1944, date de son troisième accouchement. Ces pertes se sont exagérées en juillet et novembre 1946, et actuellement empèsent le linge.

Examinée à l'entrée le 28 janvier 1947, on trouve au toucher vaginal, un col gros, dur, déchiré, un gros corps utérin rétrofléchi,

dont la mobilisation est douloureuse. Dans le cul de sac droit, on note une certaine sensibilité, et à gauche, une masse de la grosseur d'une grosse noix verte.

Au spéculum, le col apparaît *ulcéré* sur une large surface.

Prélèvement le 31 janvier : assez nombreux polynucléaires et quelques bacilles Gram positifs.

Prélèvement le 4 février : identique au précédent.

On met la malade au repos et à la glace, et on décide de faire une *électrocoagulation* qui est réalisée le 11 février.

Le 25 à l'examen, la masse annexielle et les douleurs ont disparu.

Prélèvement ce même jour : présence de gonocoques. *Donc, le gonocoque fut réveillé par l'électrocoagulation.*

On décide un traitement par la *pénicilline intra-cervicale :*

Le 26 février : 40.000 U.O.

Prélèvement le 28 : gonocoques.

Le 3 mars : 40.000 U.O.

Prélèvement le 6 : gonocoques.

Le 13 mars : 30.000 U.O.

Prélèvement le 29 : négatif.

Prélèvement le 3 avril : négatif.

En résumé. — Métroannexite gonococcique chronique, dont la nature gonococcique n'a été révélée que par le réveil, après électrocoagulation, du gonocoque dans les sécrétions cervicales.

La pénicilline intra-cervicale à la dose de 110.000 U.O. en trois fois, a amené la disparition du gonocoque.

Observation N° XXI

Mme C... Paulette, 27 ans, sans profession.

La malade entre dans le service, pour des pertes jaunes, empesant le linge et s'accompagnant, depuis quelques mois, de douleurs du bas ventre, surtout marquées à l'effort.

Examinée le 18 février, on note, au toucher vaginal, un col déchiré métritique, un corps utérin antéfléchi, non douloureux à la mobilisation, et des culs de sac souples et indolores.

Au spéculum, le col est largement *ulcéré.*

On lui conseille l'hospitalisation et elle entre le 26 février 1947.

Un prélèvement pratiqué le 18 a montré des polynucléaires et des cocci et bacilles Gram positifs.

On porte le diagnostic de cervicite chronique, et on fait une *électrocoagulation* le 28 février.

Prélèvement le 6 mars : flore abondante, nombreux polynucléaires, et présence de gonocoques extra-cellulaires.

Ainsi donc, le diagnostic est redressé : il s'agit d'une cervicite chronique gonococcique, mais *les gonocoques ne sont apparus qu'après le réveil par l'électrocoagulation.*

On entreprend la *pénicilline intra-cervicale.*
Le 10 mars : 30.000 U.O.
Prélèvement le 12 : négatif.
Le 12 mars : 30.000 U.O.
Le 18 mars : 40.000 U.O.
Prélèvement le 16, est revenu le 19 : négatif.
La malade quitte le service.

En résumé. — Cervicite chronique gonococcique, chez qui le gonocoque n'a pu être mis en évidence qu'après le réveil par l'électrocoagulation.

Dès la première injection de pénicilline intra-cervicale, les prélèvements sont devenus négatifs.

Nous pourrions citer encore deux autres observations identiques aux trois dernières, et dans lesquelles, la disparition du gonocoque apparu après une électrocoagulation, fut obtenue après deux et trois injections de pénicilline intra-cervicale.

D'autres observations concernent des malades, dont la cervicite fut guérie par la pénicilline intra-cervicale et l'électrocoagulation. Mais cette dernière, pratiquée après la pénicilline locale, n'a pas fait ressortir le gonocoque. Ceci prouve l'action qu'avait eue la pénicilline intra-cervicale à elle seule.

Voici ces observations :

Observation N° XXII

Mlle B... Suzette, 23 ans, couturière.

Il s'agit d'une malade en traitement pour spécifité, et qui, depuis juin 1945, présente des épisodes douloureux dans la fosse iliaque gauche, avec pertes jaunes, malodorantes et abondantes. Elle a déjà subi, de ce fait, trois hospitalisations successives, avec traitements médicaux sulfamidés.

Elle entre le 27 novembre 1946 pour un nouvel épisode de cet ordre.

A l'examen, le 29 novembre, l'état général est bon, il n'y a pas de température, mais la palpation réveille une douleur dans la fosse iliaque gauche. Le toucher vaginal est douloureux, le col est métritique, l'utérus petit, le cul de sac droit est libre et non douloureux, le cul de sac gauche très douloureux. On y sent le pôle inférieur d'une petite masse rénitente, de la grosseur d'une petite noix. La mobilisation est douloureuse.

Au spéculum, le col est *ulcéré*.

Prélèvement le 30 novembre : présence de gonocoques.

On porte le diagnostic de métroannexite chronique en poussée sub-aiguë, avec cervicite.

On institue le traitement suivant : repos, glace, injections, *pénicilline :* 500.000 U.O. du 30 novembre au 4 décembre.

Prélèvement le 4 décembre : présence de gonocoques. Par contre, la douleur annexielle a disparu. Au toucher, on ne perçoit plus qu'une petite masse douloureuse.

On décide de faire de la *pénicilline intra-cervicale :*
Le 10 décembre : 50.000 U.O.
Le 12 décembre : 50.000 U.O.

Prélèvement le 12 décembre (avant les injections) : pas de gonocoques.

Prélèvement les 14 et 17 décembre : pas de gonocoques.
Mais le col est ulcéré. On pratique une *électrocoagulation* le 18 décembre.

Nouveau prélèvement le 23 décembre : pas de gonocoques.

Le 28 décembre à l'examen, il ne reste plus aucune séquelle cliniquement perceptible, de l'annexite. L'escharre est tombée, et, devant la négativité de plusieurs prélèvements successifs, on autorise la malade à repartir chez elle.

En résumé. — Poussée sub-aiguë de métroannexite chronique gonococcique.

La pénicilline à la dose de 500.000 U.O. a amené la résolution de l'annexite, mais n'a pas guéri la cervicite.

La pénicilline intra-cervicale a amené la disparition des gonocoques aussitôt après une injection de 50.000 U.O.

L'électrocoagulation fut nécessaire pour guérir l'ulcération, et elle ne fit pas ressortir le gonocoque, ce qui à notre avis atteste la solidité de la guérison.

Voici une observation du même type :

Observation N° XXIII

Mme V... Claudine, 23 ans, sans profession.

Cette malade qui commença à présenter quelques pertes dans les derniers mois de sa grossesse, vit ses pertes augmenter et s'accompagner de douleurs à la suite d'un accouchement long et difficile, en juin 1946.

Elle entre le 11 mars 1947, à la suite d'un échec du traitement propidon-sulfamides, pratiqué à domicile.

A l'entrée, on trouve un vagin chaud, l'utérus est gros, les culs de sac sont sensibles, surtout le gauche, qui est peu dépressible.

Au spéculum, on voit une large *ulcération* du col.

Un prélèvement est pratiqué le 14 mars : polynucléaires altérés et cocci Gram positifs.

Devant l'échec du traitement propidon-sulfamides, on décide de faire de *la pénicilline :* 500.000 U.O. en 5 jours du 15 au 19 mars.

Le 20, nouveau prélèvement : cette fois, malgré la pénicilline générale qui vient d'être terminée, on trouve des gonocoques.

On commence la *pénicilline intra-cervicale :*

Le 21 mars : 30.000 U.O.

Prélèvement le 22 mars : pas de gonocoques.

L'ulcération n'étant pas guérie, on fait une *électrocoagulation* après le prélèvement, le 22 mars.

Un autre prélèvement est fait le 26 mars : pas de gonocoques.

La malade est autorisée à sortir le 28 mars, après un examen qui montre une disparition des phénomènes douloureux au niveau de l'utérus et des annexes, et la disparition de l'empâtement du cul de sac gauche.

En résumé. — Poussée sub-aiguë de périmétrite, guérie par la pénicilline à la dose de 500.000 U.O. en 5 jours.

Cervicite gonococcique non influencée par la pénicilline générale et guérie par 30.000 U.O. de pénicilline intra-cervicale, en une seule fois.

L'électrocoagulation fut nécessaire pour guérir l'ulcération. Elle ne fit pas ressortir le gonocoque probablement détruit par la pénicilline locale.

c) Cas de cervicites non ulcéreuses

Les résultats des deux dernières observations expliquent les succès obtenus par la pénicilline intra-cervicale, employée seule, dans les cas où il s'agit de cervicite non ulcéreuse.

En voici un exemple :

Observation N° XXIV

Mlle R... Arlette, 22 ans, coupeuse.

Il s'agit d'une malade qui entre pour fausse couche provoquée, et chez qui un curettage est pratiqué le 31 décembre 1946.

Les suites de ce curettage sont fébriles aux environs de 38°. En même temps que cette température, la malade présente des pertes jaunes abondantes.

Un prélèvement pratiqué le 14 janvier 1947, montre la présence de gonocoques.

Il restait donc à soigner cette gonococcie chronique qui faisait une poussée sub-aiguë, après un curettage pour fausse couche.

On institue le traitement suivant : repos, glace sur l'abdomen, *pénicilline :* 500.000 U.O. du 18 au 22 janvier 1947.

Prélèvement le 25 janvier : présence de gonocoques.

On décide alors le traitement par la *pénicilline intracervicale :*

Le 29 janvier : 50.000 U.O.

Le 3 février : 30.000 U.O.

Prélèvement le 12 février : les gonocoques persistent.

Le 15 février : 30.000 U.O.

Prélèvement le 18 février : pas de gonocoques.

Prélèvements le 20 et le 24 : pas de gonocoques.

La malade sort guérie le 25 février 1947, et ses pertes ont disparu.

En résumé. — Gonococcie chronique ayant fait une poussée sub-aiguë à la suite d'un curettage après fausse couche.

La pénicilline à la dose de 500.000 U.O. en 5 jours n'a pas amené le blanchiment.

Par contre, 110.000 U.O. de pénicilline intra-cervicale en trois fois, ont amené la négativation de tous les prélèvements et la disparition des pertes jaunes.

3. Conclusions

De l'ensemble de ces observations, que nous avons pu ainsi répartir en plusieurs catégories, nous allons pouvoir tirer plusieurs conclusions.

En ce qui concerne les cervicites, et d'après l'expérience de la Clinique Gynécologique de l'Hôpital Boursier, nous pensons en effet :

1° Que le traitement local est nécessaire dans tous les cas de cervicites ulcéreuses, et qu'il est indiqué dans la majorité des cas de cervicites non ulcéreuses.

Ce traitement local consiste en pénicillinothérapie seule (s'il n'y a pas d'ulcération) ou associée à l'électrocoagulation (s'il y a ulcération).

La dose est en moyenne de 30.000 à 40.000 U.O. par série d'injections. Les séries peuvent être espacées de 24 à 48 heures. Une à trois séries ont été suffisantes dans tous nos cas.

2° Que l'électrocoagulation :
- — ne fait jamais disparaître le gonocoque existant.
- — fait ressortir le gonocoque latent.
- — guérit l'ulcération nettoyée de ses germes par la pénicilline intra-cervicale.

3° Que la pénicilline intra-cervicale :
- — suffit à guérir une cervicite non ulcéreuse.
- — blanchit l'infection, mais ne guérit pas l'ulcération si elle existe.

4° Qu'il est nécessaire d'associer l'électrocoagulation et la pénicilline intra-cervicale, lorsque le col est ulcéré.

***

II. LES METRITES DU CORPS UTERIN

L'existence de la métrite du corps est mise en doute par de nombreux auteurs, et notamment le Professeur Cotte, de Lyon.

De fait, les métrites du corps sont extrêmement rares. Nous avons eu l'occasion, au cours de cette période de six mois, de n'observer qu'un seul cas de métrite du corps, et encore, cette métrite se trouvait-elle associée, comme cela se voit le plus souvent, à une légère réaction annexielle et à une cervicite.

La réaction annexielle a fort bien répondu à la pénicilline, la cervicite fut traitée par électrocoagulation, mais la métrite ne guérissant pas, il fallut recourir à l'intervention.

Voici l'observation :

Observation N° XXV

Mme C... Rosa, 40 ans, bobineuse.

La malade vient parce que, depuis plusieurs années, elle souffre du ventre. En 1924 elle fut déjà traitée pour métrite consécutive à son premier accouchement. En septembre 1946 elle subit un curettage pour fausse couche. A la suite de cette intervention, elle présente une poussée douloureuse pelvienne.

Elle entre à l'hôpital le 4 novembre 1946, parce qu'elle continue à souffrir et ne peut pas travailler.

A l'examen, l'état général est bon, le ventre est souple, le toucher vaginal montre un col déchiré, mou, avec des sécrétions purulentes, un utérus gros, œdémateux, en position indifférente, douloureux à la mobilisation. Les culs de sac sont libres, mais très sensibles. On ne sent aucune masse.

On porte le diagnostic de métrite et cervicite avec réaction annexielle douloureuse.

On met la malade au repos et à la glace, et on lui fait 500.000 U.O. *de pénicilline* en 5 jours, du 5 au 10 novembre.

Ce traitement n'amène aucune amélioration notable.

On fait alors une électrocoagulation du col, à la suite de laquelle la malade accuse, pendant quelques jours, une aggravation de ses douleurs pelviennes et lombaires.

Le 15 décembre, le col est en bon état, mais au toucher vaginal, le corps utérin reste douloureux, et sa mobilisation détermine des protestations de la malade.

Comme cette femme ne peut pas travailler depuis plusieurs mois, et qu'elle continue à souffrir, on décide une laparotomie.

L'intervention a lieu le 20 décembre 1946. L'utérus est gros, les annexes paraissent saines, mais elles sont rouges. A cause de l'âge de la malade et de la persistance des douleurs, on fait une hystérectomie sub-totale, et une greffe ovarienne selon la technique de Douay.

Les suites sont bonnes.

En résumé. — Réaction annexielle post opératoire tardive, évoluant sur un terrain métritique chronique.

La pénicilline à la dose de 500.000 U.O. en 5 jours n'a amené aucune amélioration sur cette métrite chronique. Cependant, à l'intervention on n'a noté aucune lésion annexielle sauf une rougeur inflammatoire.

Il semble donc qu'il s'agissait bien d'une métrite corporéale qui n'a pas réagi à la pénicilline.

Cette observation étant unique, nous nous garderons d'en tirer des conclusions générales. Qu'il nous suffise d'enregistrer que dans notre cas la pénicilline n'eut aucune action sur la métrite du corps utérin.

***

III. LES MASSES ANNEXIELLES CHRONIQUES

Les quelques publications que nous avons pu relever se rapportant à la pénicillinothérapie des métroannexites chroniques, et notamment celle du Docteur Fally, de Bruxelles, ne reconnaissent pas une grande action à la pénicilline sur ces formes anciennes.

Cependant, dans la majorité des cas, les malades que l'on est amené à traiter pour métroannexite chronique viennent se présenter à la consultation parce qu'elles souffrent « plus que d'habitude ». Et l'on reconnaît à l'examen clinique et à la vue parfois de la courbe de température que ces malades font une poussée subaiguë sur une métroannexite chronique.

Dans ces conditions, il semble qu'on puisse espérer le refroidissement de cette poussée sub-aiguë par la pénicilline. Certains auteurs ont alors, se souvenant des sulfamides, hésité à administrer la pénicilline de peur d'amener une pénicillino-résistance des malades et des germes.

Nous pensons, néanmoins, que cette hantise de la pénicillino-résistance ne doit pas empêcher la pénicillinothérapie, et ceci pour plusieurs raisons :

Tout d'abord, il est difficile d'apprécier, surtout en période subaiguë, l'ancienneté des lésions, leur degré de stabilité et leur possibilité de régression. L'examen clinique ne permet pas aujour-

d'hui, de dire si, hier, les lésions étaient identiques à celles que l'on constate et d'affirmer qu'elles le seront encore demain.

Ensuite, le clinicien qui parle de pénicillino-résistance risque de parler dans le vide, ne sachant pas si les lésions « résisteront » ou non.

De plus, même si cette « résistance » existe, la gravité sociale de ces métroannexites vaut tout de même la peine que l'on traite ces malades avec tous les moyens actuellement à notre disposition.

Et si, dans l'avenir, ces malades font une maladie infectieuse qui nécessite un traitement par la pénicilline, rien ne prouve, jusqu'à présent que ce médicament ne conservera pas à ce moment-là, sa complète efficacité, surtout si le germe en cause est différent de celui qui entretient les lésions de métroannexite.

Inversement, rien ne prouve que la pénicilline conservera toujours la même efficacité que celle qu'elle possède actuellement. Il serait donc illogique de ne pas faire profiter les malades de ce médicament, tant que nous sommes sûrs de cette efficacité.

Pour toutes ces raisons, M. le Professeur Agrégé Magendie n'a pas hésité à administrer la pénicilline à des malades présentant une métroannexite manifestement chronique, mais qui venaient à l'hôpital pour une poussée sub-aiguë.

Et nous devons reconnaître que les résultats ont été encourageants.

Voici trois observations à ce sujet :

Observation N° XXVI

Mme B... Suzanne, 24 ans, employée de bureau.

Cette malade, envoyée par M. le Professeur Rivière, présente un long passé de pertes blanches. A la suite de son mariage, en octobre 1945, les pertes sont devenues jaunes, abondantes et fétides, et se sont accompagnées de douleurs dans la fosse iliaque droite.

Elle entre le 10 février 1947.

A l'examen, le 11 février, on ne trouve rien d'anormal, sauf un cul de sac droit empâté et légèrement douloureux.

Prélèvement du 10 : flore banale.

Il s'agit donc d'une légère annexite droite sub-aiguë sur un fond de métroannexite chronique.

On met la malade à la *pénicilline :* 500.000 U.O. du 10 ou 14 février.

Le 20, on fait une *électrocoagulation* d'une petite ulcération du col.

Le 22, aucune poussée annexielle ne s'est produite après cette électrocoagulation.

Un prélèvement pratiqué juste avant l'électrocoagulation a encore révélé une flore banale.

La malade quitte le service sur sa demande. Elle ne souffre plus.

En résumé. — Annexite droite sub-aiguë sur un fond chronique avec ulcération du col.

La pénicilline a rapidement guéri l'annexite.

L'électrocoagulation fut nécessaire pour traiter l'ulcération du col.

Observation N° XXVII

Mme C... Marie-Thérèse, 25 ans, fleuriste.

Cette malade est envoyée par le Docteur Traissac, pour une annexite droite greffée sur un fond chronique, datant de 4 ans, et consécutif à un avortement.

Elle entre le 6 mars 1947.

A l'examen, l'état général est bon, l'abdomen est indolore, le toucher vaginal montre un col petit, l'utérus est en position indifférente, médian, le cul de sac gauche est libre, le cul de sac droit présente une grosse annexe du volume d'une noix verte, à contours empâtés et douloureux.

Prélèvement le 10 mars : flore banale.

Il s'agit d'une annexite droite sub-aiguë sur un fond chronique.

On met la malade au repos et on lui administre 500.000 U.O. de *pénicilline*, du 13 au 18 mars, pour préparer l'intervention qui paraît nécessaire.

Prélèvement le 19 : flore banale.

Le 23, la masse annexielle droite a complètement disparu, soit cinq jours après la fin du traitement par la pénicilline.

Le 23 mars, la malade quitte le service.

En résumé. — Métroannexite chronique avec poussée de salpingite droite sub-aiguë.

La pénicilline à la dose de 500.000 U.O. en cinq jours, a amene la régression rapide et totale de la salpingite, et fait surseoir à l'intervention qui était envisagée.

Observation N° XXVIII.

Mme T... Arlette, 25 ans, fleuriste.

Cette malade présente un long passé génital. Depuis 1942, elle a présenté un accouchement suivi d'infection puerpérale, et trois fausses couches infectées.

En 1943 : ovariectomie droite, pour ovarite scléro-kystique.

Elle entre le 5 mars 1947.

A l'examen, à l'entrée, on trouve un col déchiré, l'utérus est petit et douloureux, le cul-de-sac droit est libre, le cul-de-sac gauche est occupé par une masse annexielle du volume d'une petite mandarine.

Prélèvement le 6 mars : flore banale.

On porte le diagnostic d'annexite gauche sub-aiguë, sur un fond chronique.

La pénicilline a été commencée la veille de son entrée, par son médecin. Elle reçoit en tout 500.000 U.O., du 4 au 8 mars.

Du 8 au 12 mars, elle a ses règles. Des prélèvements faits les 14 et 18 mars montrent une flore banale.

La masse annexielle a régressé régulièrement depuis le début du traitement.

Le 20 mars, la disparition de la masse, l'indolence de l'utérus, la possibilité de mobiliser tous les organes, sont telles que l'on surseoit à l'intervention primitivement envisagée. On décide l'épreuve du lever.

Cette épreuve est faite le 20 mars : elle est satisfaisante, et ne réveille ni douleur, ni température.

Le 22, la malade quitte le service.

En résumé. — Annexite gauche sub-aiguë évoluant sur un fond de métroannexite chronique, avec masse annexielle douloureuse et importante.

La pénicilline à la dose de 500.000 U.O. a amené très rapidement une disparition complète de la masse annexielle et des douleurs. Elle a probablement évité l'intervention qui était projetée.

Ainsi donc, la pénicilline a eu une action heureuse sur ces lésions pourtant anciennes, amenant la disparition complète des signes cliniques et évitant l'intervention, tout au moins pour un avenir immédiat, dans les deux dernières observations.

L'intervention est-elle définitivement écartée ? Nous avons trop peu de recul pour répondre par l'affirmative et nous nous en garderons.

Il est en effet possible que ces lésions anciennes se réchauffent à nouveau, à l'occasion de fatigue, d'infection surajoutée, etc., et continuent à faire souffrir les malades, obligeant le chirurgien à intervenir.

Qu'il nous suffise pour l'instant, sans préjuger de l'avenir, de constater l'action rapide et remarquable obtenue par la pénicillinothérapie dans ces trois cas de métroannexites chroniques.

Si même, contrairement à nos observations, les lésions chroniques ne régressent pas sous l'action de la pénicilline, du moins cette dernière aura-t-elle été utile à la malade, comme traitement préopératoire. La pénicilline donne, en effet, au chirurgien, une certaine sécurité opératoire; elle a une action très nette sur les adhérences et sur les suites de l'intervention, comme nous le montrons au chapitre suivant.

Pour toutes ces raisons, et avec nos observations à l'appui, nous conclurons qu'en ce qui concerne les masses annexielles chroniques, nous pensons que la pénicilline est indiquée, soit comme traitement médical simple, soit comme préparation à la cure chirurgicale.

PENICILLINE ET CHIRURGIE UTERO-ANNEXIELLE

Le traitement chirurgical des annexites pose un problème qui a été résolu de différentes manières, selon les auteurs.

En ce qui concerne les annexites aiguës, le problème est relativement simple : traitement médical, sauf en deux cas :

— abcès collecté du Douglas, que l'on évacue par colpotomie;

— rupture d'une collection purulente annexielle, dans le péritoine : laparatomie d'urgence.

C'est là la doctrine actuelle.

Cependant, il est bon de rappeler que le traitement des annexites aiguës a subi des fluctuations considérables.

I. L'EVOLUTION DES CONCEPTIONS EN MATIERE DE CHIRURGIE UTERO-ANNEXIELLE

L'avènement de la chirurgie aseptique eut pour conséquence d'inciter des auteurs comme Lawton-Tait, Price et Kelley, Schroeder à intervenir systématiquement, dans tous les cas de salpingites.

Mais des réactions très vives contre l'opération se firent entendre, et les statistiques françaises et étrangères mirent en lumière la gravité de ces opérations précoces. On leur reprocha surtout de castrer inutilement des femmes qui auraient peut-être guéri médicalement.

Schwartz apporta à la Société nationale de Chirurgie, en 1932, les statistiques de son service : sur un millier d'observations, il n'était intervenu que 74 fois. Les statistiques étrangères donnaient

un pourcentage de guérisons de 80 %, par le seul traitement médical (Henkel, Gumbarow, Duwe).

Et l'on posa alors qu'il fallait pour intervenir les conditions suivantes :

— que le traitement médical ait été prolongé et bien suivi;
— que la température soit normale depuis plusieurs mois;
— que cette température ne se réveille pas lors des touchers vaginaux;
— que l'abdomen soit parfaitement souple et indolent à la palpation;
— que la formule sanguine montre un chiffre normal de leucocytes et de polynucléaires;
— que le temps de sédimentation soit supérieur à une heure.

Toutes ces conditions tendaient évidemment à amener le chirurgien à intervenir à froid, sur des lésions ayant perdu toute virulence, et non susceptibles d'être réveillées par le traumatisme chirurgical.

Cependant, parfois, le facteur social pouvait intervenir pour déterminer l'acte opératoire.

Lorsque celui-ci était décidé que faisait le chirurgien ? Il pratiquait le plus souvent l'opération radicale, hystérectomie subtotale ou totale, avec ablation des annexes.

Mais beaucoup de chirurgiens réagirent en faveur du traitement conservateur, et ses bons résultats furent exposés par De Rouville et Mocquot au Congrès de Chirurgie de 1926.

Malgré cela, l'on n'était amené à traiter chirurgicalement qu'un très petit nombre de malades par rapport au nombre considérable des traitements médicaux.

Que devenaient les malades traitées médicalement ? Après une période d'amélioration manifeste, la plupart de ces femmes présentaient par la suite, des récidives, et l'affection passait à l'état chronique et, après une période d'incapacité parfois considérable, le traitement chirurgical devenait souvent nécessaire.

C'est alors que Leveuf à Paris, en 1932, présenta à la Société de Chirurgie une série de 506 cas de salpingites.

Toutes ces malades ont été soumises d'abord au traitement médical. 290 malades ont été nettement améliorées par ce seul traitement médical et considérées comme guéries. Pour les autres, peu de changement. Parmi celles-ci, 24 ont été opérées suivant les règles classiques, et les résultats furent médiocres. Leveuf écrit : « En obéissant aux règles classiques et en n'opérant que des malades convenablement refroidies, la restauration de la perméabilité tubaire s'est montrée pratiquement irréalisable; en effet,

dans ces cas de vieille salpingite, les trompes sont recroquevillées, les adhérences sont organisées et très serrées, leur libération est difficile, et entraîne un saignement en nappe. Les tuniques musculaires des trompes sont atrophiées, leurs orifices sont oblitérés. »

29 autres malades ont été opérées moins de trois mois après leurs crises; 25 seulement ont été suivies : 6 sont devenues enceintes et 12 ont montré une perméabilité tubaire au lipiodol.

Leveuf conclut : « La chirurgie précoce fait preuve ici de plus de valeur conservatrice que le traitement médical. »

Leveuf fut suivi, et, en 1933, Lapeyre, de Montpellier, rapportait 4 observations de malades traitées avec succès par la technique de Leveuf.

Ameline, en 1938, écrit : « Depuis huit ans, j'opère des malades au milieu d'un cortège de signes qui tous, même isolés, paraissaient être autrefois des contre-indications absolues. » « Nous opérons des malades qui souffrent, qui sont fébriles, qui peuvent présenter une leucocytose notable. » Et Ameline met en évidence la facilité de libération des adhérences, de recherche des plans de clivage dans ces interventions à tiède.

Ainsi, de nombreux auteurs préconisaient l'intervention précoce. Mais, pour Ameline, intervention précoce signifiait intervention faite en période fébrile, tandis que pour Leveuf il s'agissait d'intervention pratiquée au début de la période apyrétique.

Mocquot pratiqua également plusieurs fois l'opération, suivant les indications données par Leveuf, avec d'excellents résultats, et il rappelle à ce sujet une idée de Delbet, d'après lequel « il y aurait dans les appendicites et autres infections, dix jours après le retour de la température à la normale, une période pendant laquelle existe une sorte d'immunité locale, qui ne persiste pas, mais qui permet d'opérer sur des lésions inflammatoires, sans crainte de les voir se réchauffer ».

Quant à la chirurgie précoce en période fébrile comme la pratiquait Ameline, elle fut âprement combattue et on lui adressa plusieurs critiques, dont les deux plus sévères sont les suivantes :

— tout d'abord la possibilité qu'auraient eue les malades de guérir parfois par un simple traitement médical;

— ensuite la difficulté, lors de l'intervention, de délimiter les différents organes noyés dans les adhérences, et par là, la tendance trop radicale de l'intervention.

On pensa aussi à tenir compte de l'unilatéralité ou de la bilatéralité des lésions. Ceci est souvent difficile à juger :

— parfois on ne diagnostique pas une lésion minime du côté opposé;

— parfois l'unilatéralité n'est qu'un stade transitoire.

C'est ainsi que Polosson écrit : « L'unilatéralité des lésions est réalisée plus souvent qu'on ne le croit généralement, et lorsque les lésions sont bilatérales, elles ne sont pas contemporaines et restent toujours d'une importance très inégale : la trompe la plus anciennement touchée est toujours la plus malade. »

Cependant, l'unilatéralité vraie existe : Desmarest et Cvitanovitch en rapportent sept observations.

Et Mocquot, en 1926, posait ainsi le problème : « L'unilatéralité des lésions est-elle un argument en faveur d'une intervention précoce; est-elle une raison d'opérer alors que la maladie est encore récente, et que les signes ne sont pas trop accentués, à la condition bien entendu qu'ils persistent après un traitement médical sérieux. »

Et, en 1932, il écrivait : « Pour moi, je n'ai pratiqué les interventions précoces, que dans des salpingites cliniquement unilatérales; j'étais ainsi arrivé à penser qu'il était préférable d'intervenir de bonne heure, pour enlever la trompe malade, et qu'on a ainsi plus de chances de sauvegarder la trompe saine ou de la voir guérir, si elle est peu atteinte. »

Chomé et Petit écrivent : « L'annexectomie unilatérale pourra se discuter en présence d'une annexite d'une certaine importance et dès le début, pour éviter l'extension à l'autre trompe ».

M. le Professeur F. Papin soutient la même opinion : « L'existence dûment constatée d'une lésion annexielle unilatérale bien objective, semble justifier l'opération précoce chez une femme jeune, dans le but de sauvegarder, dans une certaine mesure, l'autre côté. »

Ainsi, l'unilatéralité des lésions est un argument en faveur de l'indication opératoire précoce.

De plus, à côté des cas où l'on peut discuter l'intervention précoce et l'intervention à froid, il existe manifestement des cas où l'intervention précoce est formellement indiquée.

J.-L. Faure et Siredey écrivent : « Les annexites qui ne guérissent pas ou ne s'améliorent pas assez rapidement ont peu de chances de s'améliorer par la suite, et le temps que l'on passe à attendre une guérison qui ne vient pas est un temps bien mal

employé. Une malade qui souffre et suppure est une malade qui s'affaiblit et qui voit de plus en plus diminuer les chances que lui offre l'opération. »

Lecène reconnaît l'existence de cette variété d'annexite : « Il existe, dit-il, un type anatomo-clinique de salpingite aiguë qu'il faut opérer à chaud. »

Ces indications opératoires relèvent de trois groupes principaux :

— intervention d'urgence : rupture de pyosalpinx;

— intervention prophylactique d'une rupture (augmentation de volume progressive de la masse annexielle, sa tension plus ou moins grande) ou basée sur l'augmentation de gravité des signes généraux;

— salpingite fistulisée : l'intervention est moins pressante mais elle est obligatoire.

Quant à la tactique opératoire, elle a varié considérablement selon les auteurs.

Beaucoup ont préconisé, dans ces interventions précoces, sur des lésions suppurées, de passer par voie basse et de pratiquer l'hystérectomie vaginale. C'est ainsi que l'on trouve les noms de Gosset, de Weibel, en Angleterre. Bégouin, à Bordeaux, la préconise dans les salpingites tuberculeuses secondairement infectées. J.-L. Faure écrit : « Dans les suppurations graves diffuses et virulentes du petit bassin, avec poches multiples, température élevée et mauvais état général, la vaginale trouve une bonne indication. »

Mais cette voie n'est pas sans dangers. « Von Toth rapporte 105 cas de suppurations pelviennes traitées par hystérectomie vaginale, avec deux morts, deux hémorragies secondaires, trois fistules intestinales, deux laparotomies secondaires pour lésions intestinales : soit neuf accidents, dont deux morts » (Mazingarbe.)

De plus, cette intervention est aveugle et peut essaimer des foyers de suppuration.

Quant à la colpotomie, elle a des indications très précises et ne peut répondre qu'à un petit nombre de cas.

Mocquot a essayé avec quelques succès, dans des cas de phlegmons du ligament large, la voie para-péritonéale par laparotomie latérale, au-dessus de l'arcade crurale.

Rotter, de Budapest, a rapporté en 1931 à la Société nationale de Chirurgie, un traitement des annexites aiguës et sub-aiguës, par ligature des vaisseaux tubo-ovariens au niveau du ligament infundibulo-pelvien. Il ne l'appliquait que dans des cas récidivants chez des femmes jeunes. Ses 30 observations montrent de bons résultats. Cependant, d'autres auteurs, et notamment Ferrari d'Alger, n'ont pas pu les confirmer.

Pour ces annexites suppurées, Lecène écrit : « L'intervention dans ces cas devra toujours être abdominale, comporter la castration uni ou bilatérale, avec hystérectomie, suivant les cas; le drainage après hémostase, aussi parfaite que possible, et péritonisation par cloisonnement vésico-sigmoïdien, devra toujours être très large, abdominal seulement, ou abdomino-vaginal, avec des drains ou des mèches. Il sera toujours prudent de refermer la paroi en un seul plan de fil de bronze ou de crins doubles. »

Mazingarbe (Thèse Paris, 1941), rapporte la technique adoptée récemment par Mocquot : intervention en deux temps.

Premier temps : Ouverture; libération des adhérences; pose de lames de caoutchouc et de mèches autour des lésions; fermeture de la paroi.

Second temps : Deux ou trois jours après : réouverture; exérèse des lésions au bistouri électrique; hémostase minutieuse; un large drainage est laissé dans la cavité.

Les résultats obtenus sont bons et permettent une large conservation. Aussi, Mocquot préconise-t-il cette méthode dans les cas de salpingites graves suppurées et fébriles.

La méthode conservatrice trouva aussi un défenseur de qualité en la personne du Professeur Cotte, de Lyon, qui fut un des premiers à la préconiser.

Seulement, Cotte fait justement remarquer que la chirurgie conservatrice en matière d'annexites, doit être pratiquée selon certaines techniques particulières. Un de ses élèves, Roman (Thèse de Lyon, 1939), s'applique à rechercher les causes des échecs de la chirurgie conservatrice dans les affections inflammatoires des annexes, et il montre que nombre des échecs pourraient être évités, tels ceux qui proviennent d'une erreur de diagnostic (le chirurgien rapportant à une salpingite des troubles dus en réalité à une appendicite ou autre cause extra-génitale). Evitables aussi, les échecs qui proviennent d'une indication insuffisante par méconnaissance d'une lésion génitale existante. Evitables encore, les échecs dus à des fautes de technique : adhérences nombreuses, rétroversion secondaire de l'utérus, prolapsus et adhérences de l'ovaire dans le pelvis.

Cependant, des échecs non évitables sont notés par Roman : il s'agit des dégénérescences kystiques de l'ovaire laissé *in situ* ou greffé, dégénérescence dont la pathogénie reste mystérieuse, et constitue, pour Cotte, la presque totalité des échecs de la chirurgie conservatrice. Il s'agit aussi dans d'autres cas de récidives dues à une réinfection, et, dans ce dernier cas, il ne semble pas que l'on puisse parler d'échec de la chirurgie conservatrice.

Quoi qu'il en soit, pour éviter les échecs dits « évitables », il est nécessaire, et Roman y insiste, de pratiquer une technique rigoureuse, de savoir apprécier à leur juste valeur les lésions mises à découvert, et Roman rend hommage aux qualités du Professeur Cotte, qui peut ainsi pratiquer la méthode conservatrice dans 95 % de ses cas d'annexites.

Néanmoins, malgré toutes les précisions fournies par Cotte, et les statistiques publiées dans son service, la méthode conservatrice continua, de temps à autre, à recevoir quelques critiques et notamment, celle de laisser parfois en place des tissus lésés, nécessitant par la suite une réintervention.

On objecta à Cotte, que s'il ne voyait pas davantage d'échecs, c'était parce que les malades non guéries par lui, lors d'une première intervention, passaient dans les mains d'un autre chirurgien...

Quoi qu'il en soit, le but recherché par le chirurgien tend de plus en plus à devenir le suivant : opérer précocement et être conservateur au maximum.

***

II. LA PENICILLINE ET LA CHIRURGIE UTERO-ANNEXIELLE

Nous venons de voir quelles ont été les différentes critiques, parfois justifiées, qui furent adressées à la chirurgie précoce et conservatrice des métroannexites.

Cependant, à l'heure actuelle, avec les moyens thérapeutiques dont nous disposons, et notamment la pénicilline, il semble que toutes ces critiques perdent de leur force. Il semble que tous les arguments doivent être reconsidérés à la lumière des résultats actuels.

La pénicilline permet, en effet, d'abréger considérablement la période pré-opératoire, et de pratiquer ainsi, « à tiède », suivant la méthode de Leveuf, des interventions dans un délai relativement bref, et ceci sans aucun danger.

Nous avons remarqué, en effet, que les malades opérées ainsi précocement « *sous pénicilline* » présentaient des suites opératoires parfaites.

De plus, l'intervention est facilitée par une libération manifeste des adhérences reconnues quelques jours plus tôt au toucher vaginal.

Visant le second but, celui de la conservation, la pénicilline a amené des constatations extrêmement intéressantes. Par le fait même que l'on possède cette arme puissante pour lutter contre une infection post-opératoire possible, M. le Professeur agrégé Magendie n'a pas hésité, dans des cas de salpingite et d'annexite, à être conservateur au maximum, tant sur les ovaires que sur les trompes, avec l'arrière-pensée que la pénicilline pourrait venir à point pour lutter contre une infection due à un reliquat de lésions laissées dans le pelvis.

Sa tactique opératoire est la suivante :

— Incision de Pfannenstiel-Cotte, transversale, dans les poils pubiens, légèrement au-dessous du pli abdominal inférieur. Cette incision présente l'avantage de l'esthétique. Elle est absolument cachée dans les poils pubiens, et invisible par conséquent. De plus, elle est extrêmement solide.

Elle présente plusieurs inconvénients. Tout d'abord, elle nécessite un temps pariétal prolongé, pour réaliser le décollement sous-aponévrotique, et libérer les droits de l'abdomen. En outre, ce large décollement prédispose aux hématomes; cependant, une hémostase soigneuse permet d'éviter au maximum cet inconvénient. Ensuite, elle donne un jour assez large sur le pelvis, mais parfois insuffisant s'il s'agit d'une masse d'une certaine importance.

Néanmoins, ces contre-indications de l'incision de Pfannenstiel-Cotte sont rares, puisqu'elle est presque toujours réalisée chez les femmes jeunes opérées à la Clinique gynécologique de l'Hôpital Boursier, par M. le Professeur agrégé Magendie.

— Quant à la cure des lésions, elle est conservatrice au maximum. En ce qui concerne les salpingites, la trompe est sectionnée au bistouri électrique, en territoire macroscopiquement sain, et disséquée par voie rétrograde. L'ovaire est laissé en place s'il est sain, non adhérent aux lésions, et si sa vascularisation ne semble pas compromise.

Il est évident que le fait de laisser ce moignon de trompe expose à certains dangers. Mais, encore une fois, les malades opérées viennent de subir une cure de pénicilline, et l'on est toujours en mesure d'en refaire une autre.

Cependant, il faut remarquer que les suites opératoires dans tous les cas ont été parfaites, et encouragent, par conséquent, à persévérer dans cette double voie :

— opération précoce;
— conservation maximum.

D'autre part, il est bon de noter la diminution des cas chirurgicaux par rapport aux cas médicaux, depuis l'emploi de la pénicilline. Nombre de malades guéries médicalement depuis la pénicillinothérapie auraient probablement été justiciables, il y a quelques années d'une cure chirurgicale. C'est là, évidemment, un réel progrès.

Voici, en effet, sept observations qui représentent toutes les observations recueillies dans le service, d'octobre 1946 à avril 1947 inclus, concernant les cas chirurgicaux de métroannexites, mises à part les observations I, XI et XXV, auxquelles on pourra d'ailleurs se reporter, et qui vont pouvoir illustrer les arguments développés plus haut.

Observation N° XXIX.

Mme F... Gabrielle, 32 ans, sans profession.

Cette malade, à antécédents métritiques, vient à la consultation le 2 novembre 1946, envoyée par son médecin, pour des métrorragies, avec le diagnostic de fibrome.

A l'entrée, l'examen montre un assez bon état général, avec température à 37°5 et pouls à 90. Le toucher vaginal montre un utérus douloureux, rétrofléchi, et, dans le cul-de-sac gauche, une masse mobile mal limitée, de la grosseur d'une petite mandarine, et sensible à la pression. Le cul-de-sac droit est libre.

On institue le traitement suivant : repos; glace sur l'abdomen; *pénicilline :* 500.000 U.O., en cinq jours, du 6 au 10 novembre.

Le 12 novembre, l'utérus n'est plus douloureux à la mobilisation, mais il reste rétroversé et fixé. La masse gauche a disparu.

Le 19, l'utérus restant adhérent, on décide l'intervention. Celle-ci est tout à fait facile. Les adhérences trouvées deux jours avant au toucher ont fondu. Il n'y a aucune masse annexielle. On fait, à cette malade, une opération de Cotte, une appendicectomie systématique, et un Doléris. On conserve l'utérus et les annexes.

Les suites opératoires sont très simples.

Cette malade fut revue à la consultation le 17 avril 1947 : elle était encore un peu fatiguée, mais l'examen ne révélait rien d'anormal ni localement ni dans l'état général.

En résumé. — Métroannexite à prédominance gauche, se traduisant par des métrorragies et des douleurs, et au toucher vaginal par des adhérences serrées et une masse annexielle gauche importante.

La pénicilline à la dose de 500.000 U.O., en cinq jours, a :

— amené une régression rapide de l'annexite et des adhérences;
— permis une opération précoce;
— permis une opération conservatrice;
— donné des suites opératoires excellentes, malgré une opération faite « à tiède ».

Observation N° XXX.

Mme D... Simone, 32 ans, manœuvre.

Cette malade entre dans le service, le 10 octobre 1946, envoyée par son médecin, avec le diagnostic d'appendicite et annexite droite.

Depuis assez longtemps, la malade souffre après ses règles qui sont, par ailleurs, normales. Ces douleurs sont localisées à droite, sans irradiations.

Le 15 septembre, les règles ayant eu lieu du 7 au 10, elle ressent une douleur soudaine dans la fosse iliaque droite, pongitive, avec état nauséeux, sans vomissement ni constipation. La température n'est pas prise. Le syndrome douloureux se prolongeant, elle entre à l'hôpital le 10 octobre 1946.

L'état général est bon, la palpation révèle une douleur élective au point de Mac Burney. Le toucher vaginal montre un col métritique, un corps utérin rétroversé, non douloureux à la mobilisation, des culs-de-sac libres, mais douloureux. Il n'y a pas de masse annexielle.

On porte le diagnostic de métroannexite chronique à poussées menstruelles, et appendicite surajoutée.

On institue le traitement suivant : repos au lit; glace sur l'abdomen; *pénicilline :* 300.000 U.O., du 11 au 13 octobre; 200.000 U.O., du 16 au 18 octobre.

On pratique l'intervention le 21 octobre, soit trois jours après.

Elle consiste en une appendicectomie, une salpingectomie droite, car la trompe était oblitérée, et la perforation de kystes sur les deux ovaires.

Malgré cette intervention à tiède, et les adhérences relativement récentes qui ont été brassées au cours de l'opération, les suites opératoires sont très simples. La température ne s'est élevée que d'un demi-degré pendant 48 heures.

La malade sort guérie le 5 novembre 1946.

En résumé. — Appendicite et annexite droite.

La pénicilline à la dose de 500.000 U.O. a :

— permis une opération précoce;

— amené des suites opératoires très simples, malgré la libération d'adhérences récentes.

Observation N° XXXI.

Mme B... Jeannine, 21 ans, bonne à tout faire.

Il s'agit d'une malade à passé annexiel chargé. Depuis 1943, à la suite d'un premier accouchement, cette malade a été hospitalisée à quatre fois différentes pour des poussées d'annexite. A chaque fois, elle fut traitée médicalement par propidon-sulfamides, mais à chaque fois la guérison fut incomplète. Cette malade ne pouvait pas se mettre au travail sans souffrir et perdre abondamment.

Elle entre à l'hôpital le 12 novembre 1946.

A l'entrée, le faciès est bon, il n'y a pas de fièvre, mais l'abdomen respire mal dans son étage inférieur. A la palpation, on sent une masse sus-pubienne, qui s'étend dans la fosse iliaque droite, douloureuse à la pression, grosse comme un poing. Au toucher vaginal, le col est normal, et on sent à droite une volumineuse masse ovalaire de la dimension d'une petite tête fœtale, séparée par un petit sillon de l'utérus.

Le diagnostic est surtout basé sur la comparaison avec l'examen fait à la consultation. Il y a eu augmentation rapide de volume. On pense à un pyosalpinx droit. Cependant, on est obligé de constater l'apyrexie, et les contours bien limités de la masse, ce qui s'oppose à ce diagnostic.

Le traitement suivant est institué : repos au lit; glace sur l'abdomen; *pénicilline :* 500.000 U.O., du 17 au 21 novembre.

A des examens successifs, les 28 novembre, 6 et 16 décembre, la masse régresse considérablement pour devenir, à l'examen du 16, de la grosseur d'une noix. Néanmoins, à cause des crises antérieures présentées par la malade, on décide l'intervention.

Intervention le 28 décembre 1946. Incision de Pfannenstiel-Cotte. On trouve de légères adhérences des annexes gauches, qui sont facilement libérées. A droite, l'ovaire fait une volumineuse saillie, et la trompe est fortement œdémateuse. On pratique une annexectomie droite. A l'ouverture de l'ovaire, on constate un kyste du volume d'une noix, à contenu séreux.

Dans la nuit, la malade s'agite, fait sauter une ligature, et ceci entraîne un hématome de la paroi, obligeant à réintervenir le 29 décembre, sous transfusion.

On reprend *la pénicilline*, à la dose de 400.000 U.O., du 30 décembre au 2 janvier. La température qui était à 39°6, le 30 décembre, tombe en lysis, en huit jours, et arrive à 37°.

La plaie évolue normalement, et, le 15 janvier, on autorise le lever.

Elle est revue en mars, parfaitement guérie.

En résumé. — Kyste de l'ovaire et pyosalpinx droit volumineux.

La pénicilline à la dose de 500.000 U.O. a déclenché la résolution presque complète du pyosalpinx, qui s'est poursuivie, régulièrement, sur une période de un mois.

L'intervention a montré des adhérences faciles à libérer et n'a pas présenté de grosses difficultés.

La pénicilline à la dose de 400.000 U.O. fut employée dans les suites opératoires, pour réduire une température à 40°, due à une réintervention pour hématome. La température tomba régulièrement dans les délais normaux.

Elle fut revue un mois après sa sortie, complètement guérie.

Cette malade a subi une intervention « relativement précoce », mais néanmoins il fallut un mois et demi de repos avant que la régression de la masse soit arrêtée. Cette régression fut d'ailleurs incomplète, et ceci correspond à ce que nous avons dit au premier chapitre concernant les suppurations enkystées. La pénicilline amorce la régression, mais n'est jamais capable à elle seule de faire disparaître le foyer de suppuration. La chirurgie dans ces cas est toujours nécessaire.

Observation N° XXXII

Mme H... Simone, 26 ans, couturière.

Cette malade, mère de deux enfants vivants, a déjà fait deux fausses couches et sa dernière grossesse s'est terminée tragiquement par basiotrypsie sur enfant mort, le 19 août 1946. A la suite de cette manœuvre s'est développé peu à peu un état infectieux qui fait pratiquer par M. le Professeur Rivière un traitement de *pénicilline* à la dose de 1.000.000 U.O. en 10 jours, du 10 au 20 septembre. Elle sort de l'hôpital, mais elle souffre toujours, et présente des pertes jaunes. Le 28 octobre, elle va consulter le Professeur Rivière qui lui conseille l'hospitalisation.

Elle entre le 5 novembre 1946.

A l'entrée, la malade est pâle et fatiguée, la température est à 37° 6, l'appétit est conservé. Elle accuse une douleur à droite s'irradiant à la fesse et aux lombes. A gauche, elle parle de douleurs lancinantes, discontinues, moins violentes qu'à droite. La palpation est douloureuse. Au toucher vaginal, le col apparaît déchiré, dévié à gauche, le corps utérin est dévié à droite, et dans le cul de sac droit, on sent une masse latéro-utérine résistante, accolée au corps utérin et dont la mobilisation est douloureuse. Le cul de sac gauche est douloureux.

Devant la régularité de cette masse latéro-utérine rénitente, et sa persistance sans changement au cours de plusieurs examens, avec une température à 37° 5 continue, on pense à un abcès de l'ovaire. A gauche, il s'agit d'une salpingite consécutive aux manœuvres endo-utérines.

On met la malade au repos et à la glace, et on lui administre 500.000 U.O. *de pénicilline* du 5 au 9 novembre.

Intervention le 13 novembre « sous pénicilline ». On fait une annexectomie droite pour abcès de l'ovaire et pyosalpinx, une salpingectomie partielle gauche pour pyosalpinx. On fait un drainage vaginal. On profite de l'intervention pour faire une réfection esthétique de la paroi, cette femme présentant à 26 ans un abdomen de femme de 70 ans, avec un nombre considérable de vergetures et une peau excessivement ridée. Cette réfection esthétique ne fut entreprise que parce que la malade était « sous pénicilline ».

Dans les suites, malgré cette large incision et cette opération précoce sur des lésions suppuratives, on ne nota aucun incident.

Insufflation le 28 novembre : la trompe gauche qui fut reséquée partiellement est encore perméable et ne marque qu'une sténose lâche. Il existe encore une possibilité de grossesse.

En résumé. — Abcès de l'ovaire et pyosalpinx droits avec pyosalpinx gauche, consécutifs à une basiotrypsie.

La pénicilline à la dose de 500.000 U.O. a :

— permis une opération précoce (huit jours après l'entrée);

— donné une grosse sécurité opératoire permettant :

— la réfection esthétique de la paroi;

— la conservation d'une partie de la trompe gauche.

Il est ici évident que sans l'action de la pénicilline, et sans sa protection en cas d'infection post opératoire, la conservation d'une portion de la trompe d'une part et la réfection esthétique de la paroi d'autre part, n'auraient pas été envisagées. Et cependant les suites furent parfaites.

Observation N° XXXIII

Mme C.... Amélie, 29 ans, manœuvre.

Cette malade a fait, il y a deux ans, une fausse couche infectée suivie de curettage. Depuis, elle présente des douleurs dans le bas-ventre avec des pertes épaisses, peu abondantes.

Il y a un mois environ, elle est prise de douleurs plus violentes qui l'amènent à la consultation. Après trois semaines de traitement par le repos et la glace, elle reprend son travail. Mais aussitôt le syndrome douloureux réapparaît. Les rapports sexuels deviennent douloureux.

Elle entre le 21 octobre 1946.

A l'examen, l'état général est assez bon mais la malade est un peu fatiguée. La température est à 37° 8 37° 9 le soir, depuis plusieurs jours. La palpation de l'abdomen réveille une légère douleur à gauche. Au toucher vaginal on trouve un col normal, un gros corps utérin rétroversé, un Douglas douloureux, un cul de sac droit libre, un cul de sac gauche empâté et douloureux. La mobilisation est très douloureuse et très difficile car l'utérus est fixé.

On porte le diagnostic de rétroversion adhérente avec réaction annexielle prédominant à gauche, et périmétrite.

Prélèvement le 23 octobre : flore banale.

On institue le traitement suivant : repos et glace sur l'abdomen, *pénicilline* 500.000 U.O. du 26 au 30 octobre.

Le 6 novembre au toucher vaginal, on sent le corps utérin rétroversé et sensible à la pression, mais qui semble plus facilement mobilisable. Les culs de sac sont libres.

Le 13 novembre, intervention : incision de Pfannenstiel-Cotte. Résection partielle des deux trompes pour hydrosalpinx bilatéral. Appendicectomie systématique. Opération de Cotte, hystéropexie de Doleris. Les adhérences ayant fondu, on fait facilement cette opération conservatrice.

Les suites opératoires sont très simples.

Elle sort guérie le 25 novembre.

En résumé. — Rétroversion adhérente avec réaction annexielle et périmétrite.

La pénicilline à la dose de 500.000 U.O. en 5 jours a :

— permis une opération précoce;

— permis une opération conservatrice par suite de la sécurité opératoire ;

— amené des suites opératoires très simples malgré une intervention assez difficile.

N.-B. — Il faut noter qu'une insufflation tubaire, pratiquée 15 jours après sa sortie de l'hôpital, a montré que les trompes étaient perméables des deux côtés. Cette femme conserve une possibilité de grossesse.

Observation N° XXXIV

Mme B... Geneviève, 25 ans, manœuvre.

Il s'agit d'une malade qui a toujours présenté des pertes blanches et qui, en 1941, lors d'une appendicectomie, subit en même temps une ovariectomie droite, le chirurgien ayant constaté des lésions importantes.

En janvier 1945, des douleurs apparaissent à gauche et la malade entre à l'hôpital en février. Elle sort en mars après un traitement médical. En novembre 1946, reprise des phénomènes douloureux à gauche.

Elle entre à l'hôpital le 27 novembre 1946.

A l'entrée l'état général est bon, fébricule à 37° 5 et 37° 9 avec perte de l'appétit. La palpation permet de sentir une masse dure, arrondie, de la grosseur d'un œuf, douloureuse. Au toucher vaginal, on trouve un col déchiré, un peu dur. On sent dans le cul de sac gauche la masse perçue à la palpation. Elle est douloureuse.

La malade est mise à la glace et au repos. Le 7 décembre, on ne constate aucune amélioration.

Devant la persistance de la température et de l'individualité de la masse, on porte le diagnostic de pyosalpinx gauche.

On continue le repos et la glace et on fait 500.000 U.O. *de pénicilline* du 7 au 12 décembre. A la fin du traitement, on ne constate cliniquement aucune amélioration. On décide l'intervention.

Intervention le 20 décembre : incision de Pfannenstiel-Cotte. Salpingectomie gauche pour pyosalpinx. Salpingectomie droite partielle par section au bistouri électrique et dissection par voie rétrograde. Nombreuses adhérences qui se libèrent facilement.

En résumé. — Pyosalpinx gauche sur lequel la pénicilline à la dose de 500.000 U.O. en 5 jours n'a eu aucune action.

La pénicilline a simplement permis d'intervenir précocément et a peut être rendu l'opération plus facile, les adhérences ayant été faciles à libérer.

Elle a aussi permis, par la sécurité opératoire, de conserver un moignon de trompe.

N.-B. — Deux insufflations ont été pratiquées depuis sa sortie. La trompe était perméable normalement la première fois. Elle était plus serrée la seconde fois, mais néanmoins le passage existait.

Observation N° XXXV

Mme D... Geneviève, 24 ans, ouvrière en chaussures.

Il s'agit d'une malade qui, il y a trois ans, à la suite de son unique accouchement a présenté des pertes jaunes très abondantes. Puis, il y a dix mois, elle fait une fausse couche de deux mois. Depuis trois mois ses pertes s'accompagnent de douleurs importantes.

Les symptômes étant surtout marqués à droite, la malade subit en ville une appendicectomie en octobre 1946. Aussitôt levée, la malade voit reparaître les pertes et les douleurs, surtout à gauche.

C'est dans ces conditions que la malade entre à l'hôpital le 23 décembre 1946, envoyée par M. le Professeur Agrégé Magendie.

Elle raconte que ses règles, qui étaient normales auparavant, présentent un type ménorragique depuis trois mois. L'état général est bon, la température à 37° 8.

La palpation permet de percevoir une masse latérale gauche, débordant la ligne médiane et remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Cette palpation est indolore.

Le toucher vaginal montre un col situé à droite, et un corps utérin refoulé à droite, dans le prolongement du col. Mais surtout, on sent une grosse masse annexielle gauche, du volume d'une grosse orange, collée à la face latérale gauche de l'utérus et repoussant celui-ci à droite. Cette masse annexielle est douloureuse.

Un prélèvement montre de nombreux polynucléaires peu altérés, des bacilles et des cocci Gram positifs.

On porte le diagnostic de pyosalpinx gauche.

On met la malade au repos et à la glace, et on lui administre 500.000 U.O. *de pénicilline* du 26 ou 30 décembre.

Le 2 janvier 1947, la masse s'est considérablement réduite de volume : elle est de la grosseur d'une petite mandarine. Elle reste sensible et fixée.

Le 8 et le 12 janvier, aucun changement. On décide l'intervention.

Intervention le 14 janvier 1947 : incision de Pfannenstiel-Cotte. On enlève le pyosalpinx gauche. On laisse l'ovaire et une portion de la trompe attenante à l'utérus.

A l'examen, le pus du pyosalpinx s'est révélé stérile.

En résumé. — Pyosalpinx gauche nettement amélioré par 500.000 U.O. de pénicilline en 5 jours, mais s'étant très vite stabilisé, et ayant nécessité l'intervention.

Cette intervention, grâce à la pénicilline, fut précoce et relativement facile. On put conserver l'ovaire et une portion de trompe et, malgré cela, les suites opératoires furent parfaites.

Toutes les malades des observations XXXII, XXXIII, XXXIV, et XXXV, auxquelles on a laissé un moignon de trompe, conservent une possibilité de grossesse.

Cette possibilité de grossesse est évidemment minime, si l'on tient compte du rôle physiologique considérable joué par les deux tiers externes de la trompe dans la captation de l'ovule d'une part, et dans sa migration d'autre part (Professeur Dubreuil). Cependant, même si cette chance de grossesse est minime, surtout dans les cas où un seul moignon tubaire subsiste, elle existe néanmoins, et l'avenir dira si cette conservation a été utile ou non. Quant aux cas ou un moignon tubaire est laissé avec une trompe intacte de l'autre côté, il faut toujours penser à la possibilité d'une atteinte

ultérieure de la trompe saine, et la conservation est, dans ces cas, « préventive ». Là encore, l'avenir dira si cette conservation est justifiée.

Pour le moment, il suffit de constater qu'elle n'est pas contre-indiquée, puisqu'elle n'entraîne aucune aggravation des suites opératoires des malades, et que celles-ci restent guéries par la suite.

Toujours dans le domaine de la chirurgie, la pénicilline donne parfois au chirurgien la possibilité d'intervenir dans des cas où l'opportunité de l'intervention pourrait être discutée.

Ceci se rencontre assez fréquemment dans les cas d'infection *post abortum* avec possibilité de rétention placentaire. La vérification utérine présente ici l'avantage de retirer le placenta, s'il en existe, ou de tranquilliser le chirurgien s'il n'y en a pas. Mais par contre, cette vérification en milieu infecté peut déclencher des phénomènes pelvi-péritonéaux graves.

La pénicilline peut alors empêcher l'apparition de ces accidents. Après 24 ou 48 heures de traitement par la pénicilline, le chirurgien peut, « *sous protection de pénicilline* », et sous protection de la continuation du traitement, faire le curettage dont les suites apparaissent toujours particulièrement simples.

Nous pouvons ainsi citer une observation du service, mais M. le Professeur Agrégé Magendie a eu plusieurs fois l'occasion d'observer des cas analogues dans la clientèle privée.

Voici notre observation :

Observation N° XXXVI

Mme C... Lydie, 24 ans, foraine.

Cette malade entre dans le service, envoyée par son médecin, pour fausse couche infectée, avec une température à 38° 9 à l'entrée, le 26 février 1947.

A l'examen, la malade est pâle, le teint est plombé, le faciès est infecté. La malade a présenté de nombreux frissons. L'utérus est gros et douloureux.

L'expulsion de l'œuf aurait eu lieu quatre jours plus tôt.

Le diagnostic de fausse couche infectée est facile à porter, et aussitôt on institue un traitement par la *pénicilline* à raison de 100.000 U.O. par jour.

Le lendemain, on pratique un *curettage* qui ramène des débris placentaires fétides.

On continue la *pénicilline,* jusqu'au 2 mars. Elle a reçu en tout 500.000 U.O.

Les suites de ce curettage pratiqué en période aiguë sont particulièrement simples : apyrexie complète, cessation progressive des pertes sanguines, et surtout aucune poussée annexielle.

Après plusieurs jours de repos, la malade rentre chez elle. Elle est revue le 12 avril à la consultation : elle a repris une vie normale mais elle est encore un peu fatiguée. On lui conseille un peu de repos.

En résumé. — Infection aiguë *post abortum.*

Le curettage pratiqué sous protection de pénicilline en période aiguë, n'a pas amené de réaction annexielle, et les suites ont été simples.

M. le Professeur Agrégé Magendie a bien voulu nous communiquer une de ses observations de clientèle, concernant un cas de curettage effectué pour métrite hémorragique, alors qu'existait une légère réaction annexielle faisant craindre une poussée inflammatoire post-opératoire. Et cependant les suites furent parfaites, sans réaction annexielle.

Observation N° XXXVII

Mme M... Simone, 25 ans.

Cette malade est adressée par le docteur Robert pour ménorragies et crises douloureuses du bas ventre, du côté gauche.

Ces pertes datent de trois mois environ, accompagnées de douleurs à gauche, de nausées et de vomissements. L'utérus est gros, antéfléchi, les annexes sont perceptibles et sensibles surtout à gauche.

Après échec d'un traitement à la testostérone, on fait entrer la malade à la maison de santé le 12 octobre 1946.

Sous protection d'un traitement *à la pénicilline* de 100.000 U.O. par jour, que l'on a commencé 48 heures avant et que l'on poursuivra encore pendant quatre jours, on pratique un *curettage* utérin le 12 octobre 1946.

Les suites sont absolument apyrétiques. Il n'y a pas la moindre réaction annexielle. La malade quitte la maison de santé le 7e jour en excellent état.

Nous avons eu de ses nouvelles depuis, elle ne souffre plus et ses règles de novembre sont survenues normalement.

***

III. CONCLUSIONS

En conclusion, dans le domaine des rapports de la pénicilline et de la chirurgie, nous dirons :

1° Que la pénicilline écarte les dangers de l'opération précoce des annexites.

2° Que les interventions sont facilitées par la libération des adhérences sous l'influence de la pénicilline.

3° Que la pénicilline donne au chirurgien une grande sécurité opératoire qui lui permet :

— d'être conservateur au maximum;

— de pratiquer des vérifications utérines pour infections *post abortum même en période aiguë;*

— d'espérer des suites opératoires simples, même après des interventions relativement difficiles.

CONSIDERATIONS SUR LE ROLE SOCIAL DE LA PENICILLINE

Nous avons laissé entrevoir, au cours des chapitres précédents, l'intérêt que le médecin et le chirurgien doivent porter au facteur social, tant pour le traitement médical que pour le traitement chirurgical des métroannexites.

Il est bien évident que chez « *ces douloureuses du ventre* » que sont les malades porteuses de lésions chroniques de métroannexite, le problème thérapeutique se pose différemment suivant les conditions sociales.

Certaines malades, qui en ont la possibilité matérielle, préfèrent à tout prix le traitement médical qui les oblige cependant à des cures de chaise longue ou à des cures thermales, mais qui leur évite l'intervention.

D'autres, au contraire, prises par leur travail, soit à l'extérieur, soit à domicile, ne peuvent faire les frais d'une telle thérapeutique et pour elles l'indication opératoire sera plus facilement portée.

En ce qui concerne l'opération elle-même, les malades qui peuvent se reposer pourront plus facilement bénéficier de cures conservatrices, car la conservation, si elle est parfois formellement indiquée, expose néanmoins à des séquelles douloureuses.

Quant au moment de l'intervention, sa précocité fait gagner aux malades un temps précieux, et les renvoie plus rapidement au sein de leurs familles. Par contre, si cette dernière indication n'est pas trop pressante, le chirurgien pourra, dans certains cas, attendre quelques semaines de plus.

Ainsi donc, nous le voyons, le facteur social a son mot à dire dans la thérapeutique des métroannexites.

Mais quel qu'il soit, nous pensons que la pénicilline, par l'efficacité de son action, a amené certains changements qui ne sont pas sans intérêt.

Tout d'abord, la durée des traitement médicaux a certainement diminué, et ceci amène deux résultats :

— diminution de la période d'incapacité des malades ;
— possibilité d'envisager plus fréquemment des traitements médicaux, et par conséquent, régression de la chirurgie.

Ensuite, l'efficacité même du traitement médical, peut faire espérer une diminution des passages à la chronicité, et du nombre, dans l'avenir, des « douloureuses du ventre ».

En ce qui concerne les traitements chirurgicaux, la pénicilline permet, nous l'avons vu, de réduire considérablement la période préopératoire, et d'abréger de ce fait la durée du séjour à l'hôpital. Elle permet également de pratiquer une conservation plus poussée, et les risques de cette conservation nous paraissent largement diminués lorsque les interventions sont pratiquées « sous protection de pénicilline ». Toutes les malades de nos observations ont présenté des suites parfaites. Certaines d'entre elles ont été revues depuis leur sortie, et les examens sont très satisfaisants.

En contribuant par conséquent :

1° A rendre plus rapidement les malades à leur activité,
2° A diminuer le nombre « des douloureuses du ventre »,
3° A diminuer le nombre des interventions,
4° A permettre une conservation avec des risques diminués, et à éviter ainsi de castrer des femmes jeunes,

la pénicilline nous paraît jouer un premier rôle social qu'il convient de souligner.

Nous avons vu d'autre part le nombre important de malades traitées pour cervicite ou annexite gonococciques.

Nous savons aussi que la gonococcie est une « grande pourvoyeuse des consultations de stérilité ». Et s'il en est ainsi, c'est souvent par l'insuffisance des traitements d'attaque, et le passage consécutif de l'infection à la chronicité.

Or, il est certain que le gonocoque, qui est un des germes les plus pénicillino-sensibles, trouve en ce médicament un adversaire capable, dans la majorité des cas, de le faire disparaître.

L'intérêt en matière de stérilité, n'est pas seulement de le faire disparaître lorsque les lésions sont irrémédiablement installées. Il est surtout de le détruire à la période aiguë, avant l'oblitération des trompes. Dans cet ordre d'idée, la pénicilline contribue certainement à atteindre ce but beaucoup plus souvent qu'autrefois. Son efficacité contre le gonocoque permet donc d'espérer pour l'avenir, une diminution notable des cas de stérilité.

Gardons-nous cependant de nous abriter avec trop de confiance derrière la pénicilline, et de la considérer comme capable, à elle seule de transformer les métroannexites en maladies bénignes.

S'il est vrai, en effet, que la période que nous venons d'envisager fut une période d'adaptation des cliniciens de tous les domaines à ce nouveau médicament, il est vrai également que les doses thérapeutiques ont dû subir une *inflation* pour amener les mêmes résultats. Cette possibilité de pénicillino-résistance des germes n'est pas exclue après quelques années de pénicillinothérapie.

Heureusement l'horizon de la thérapeutique s'ouvre devant de nouveaux produits anti-biotiques, dont nous n'avons pas l'expérience, mais qui, d'après les publications, sont appelés à jouer, à leur heure, un rôle considérable en thérapeutique.

CONCLUSIONS GENERALES

I. — Dans les formes aiguës et sub-aiguës de métroannexites non tuberculeuses :

1. Il est nécessaire de s'assurer avant pénicillinothérapie de la nature de la flore bactérienne pathogène.

Les annexites à gonocoques, et les annexites à streptocoques (du post partum et du post abortum), sont très sensibles à la pénicilline.

Par contre, les formes à colibacilles sont insensibles à la pénicilline.

2. Les suppurations enkystées (abcès pelviens, abcès ovariens pyosalpinx) ne répondent pas à la pénicilline. Ceci correspond à une règle générale en pénicillinothérapie.

3. La pénicilline, par son efficacité :

— Diminue le nombre des passages à la chronicité.
— Diminue la période d'incapacité des malades.
— Permet d'espérer une diminution des cas de stérilité secondaire.

4. La pénicilline peut parfois permettre des diagnostics différentiels délicats, entre grossesse extra-utérine et annexite d'une part, et appendicite et annexite d'autre part, dans les cas où il s'agit d'une annexite pénicillino-sensible.

II. — Dans les formes chroniques de métroannexites non tuberculeuses :

1. Les cervicites bénéficient du traitement local par injections intra-cervicales de pénicilline, et de l'électrocoagulation si la muqueuse cervicale est ulcérée.

2. Les métrites du corps, extrêmement rares, paraissent répondre très mal à la pénicilline.

3. Il est difficile d'affirmer qu'une masse annexielle est chronique. Dans le doute, il semble bon d'employer la pénicilline :

— Dans le cas de succès on obtient un recul (peut-être momentané) de la chirurgie.

— Pour les cas non influencés, le traitement chirurgical sera cependant facilité par l'action bactériostatique générale de la pénicilline, qui prépare l'opération.

III. — En chirurgie utéro-annexielle :

1. La pénicilline permet d'envisager avec moins de crainte l'opération précoce.

2. Les opérations « après pénicilline » sont facilitées du fait de la libération fréquente des adhérences.

3. La pénicilline donne au chirurgien une grande sécurité opératoire qui lui permet :

— D'être conservateur au maximum.

— De pratiquer des vérifications retardées post-abortum.

— D'espérer des suites opératoires simples, même après des interventions relativement difficiles.

IV. — Du point de vue social :

La pénicilline, en permettant aux malades de reprendre plus tôt leur activité, en diminuant le nombre des « douloureuses du bas ventre », et en laissant espérer pour l'avenir une diminution des cas de stérilité, joue un rôle social qu'il convient de souligner.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Le Doyen,
DUPERIE.

Le Président du Jury,
A. CHARRIER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 24 mai 1947

Le Recteur,
A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

AMELINE. — Des interventions à tiède en gynécologie. (*Journal de medecine et de chirurgie pratiques*, 25 juill. 1938.)

BERROD. — La pénicilline. Ses indications. Ses résultats thérapeutiques (Thèse de Paris, 1945.)

BOUDREAUX et SAVOURET. — Premiers résultats du traitement de la métrite du corps utérin par injections intra-utérines de pâte sulfamidée. (*Concours Médical*, nos 16 et 17, 30 avril 1945.)

CHABBERT. — Contribution à l'étude du dosage de la pénicilline en clinique. (Thèse de Bordeaux, 1947.)

CHEVALLIER, VAILLE, CHASSAGNE et Mlle GIRAUD. — Les résultats de la pénicillinothérapie. Etude statistique. (*Presse médicale*, N° 51, 26 octobre 1946.)

CHOMÉ et PETIT. — Inflammations péri-utérines. (*Encyclopédie médico-chirurgicale.*)

CIAMPI. — Les différents modes d'administration de la pénicilline. (Thèse de Paris, 1946.)

CORIAT. — La pénicilline. (Maloine, éditeur, Paris 1945.)

COTTE. — Réflexions sur certains échecs de la chirurgie conservatrice des annexes. (*Paris Médical*, n° 51, 17 décembre 1938.)

— Sur les possibilités actuelles de la chirurgie conservatrice dans le traitement des salpingo-ovarites. (*Gynécol. et Obst.*, 1924, t. I.)

DAMADE, MASSÉ, DAX et DULONG DE ROSNAY. — La pénicilline intra-utérine dans le traitement des infections graves du post partum et du post abortum. A propos de trois observations. (*Bordeaux Chirurgical*. Séance du 2 mai 1916 et Société Française de Gynécologie. Séance du 7 octobre 1946.)

DEBRAY (J.-R.). — A propos de 250 cas de blennorragie féminine traités par la pénicilline en milieu hospitalier. Travail du Service d'Urologie de l'Hôpital Saint-Louis. (*Presse Médicale* du 26 octobre 1946, n° 51.)

DE FOURMESTRAUX. — Pénicillinothérapie. Quelques données pratiques. (*Concours Médical* n° 51, 20 décembre 1945.)

DE ROUVILLE et MOCQUOT. — Congrès de chirurgie de Paris, 1926.

DUPÉRIÉ, DARMAILLACQ, MONMAYOU et RUMEAU. — 23 observations de complications septiques post partum et post abortum traitées par la pénicilline au Centre Régional de Bordeaux. (*Revue Française de Gynécol. et d'Obst.*, octobre 1946, p. 303.)

DUPÉRIÉ, LAUMONIER, MONMAYOU, RUMEAU et VINCENDEAU. — Un cas désespéré d'infection post abortum guéri par la pénicilline. (Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, Séance du 4 mai 1945.)

FALLY (J.). — La pénicillinothérapie des lésions inflammatoires des annexes de l'utérus. Premiers résultats. (*Bruxelles Médical*, n° 13, 1946.)

FAURE (J.-L.) et BÉGOUIN. — Traitement des suppurations annexielles. (*Archives mensuelles d'Obst. et de Gynécol.*, n° 8, août 1919).

FAURE (J.-L.). et SIREDEY. — Traité de Gynécologie médico-chirurgicale.

HURIEZ (Cl.). — Les bases biologiques de la mycothérapie. (*Gazette des Hôpitaux*, 15 février 1946.)

HURIEZ, PATOIR, DUMONT et LEBORGNE. — Pénicillinothérapie des gonococcies sulfamido-résistantes. (Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie, Séance du 8 novembre 1945.)

LABIGNETTE. — La pénicilline. (*Concours Médical* n° 5, 10 février 1945.)

LAPEYRE. — Opération précoce dans les annexites. (*Montpellier Médical*, 15 mars 1933, n° 3.)

LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique Chirurgicale, t. III.

LEVADITI. — La pénicilline et ses applications thérapeutiques.
— Thérapeutique des infections bactériennes et spirillaires par la pénicilline. (*Presse Médicale*, n° 17, 1944.)
— Mode d'action de la pénicilline. (*Presse Médicale*, n° 6, 1945.)

LEVEUF. — Société Nationale de Chirurgie, 3 février 1932.
— La restauration de la perméabilité tubaire dans les salpingites bilatérales. (*Archives franco-belges de Chirurgie*, n° 10, octobre 1932.)

MAGENDIE. — La pénicilline dans les métroannexites. (Société Chirurgicale de Lyon, avril 1947.)

MAGENDIE et LABARBE. — La pénicilline en gynécologie. (Société de Chirurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest, Séance du 7 novembre 1946.)
— Métroannexites et pénicilline. (Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, Séance du 13 décembre 1946.)

MAGENDIE, LABARBE et GAILLARD. — Le traitement actuel des cervicites gonococciques. (Société de Gynécol. et d'Obst. de Bordeaux, Séance du 19 mars 1947.)

MAGENDIE, TINGAUD, GENESTE et SOUMIREU. — Avortement provoqué par eau de savon. Traitement par la pénicilline intra-utérine et générale. (*Bordeaux Chirurgical*, Séance du 2 mai 1946.)

MARSHALL JAMES (Londres). — Le traitement de la blennorragie par la pénicilline. (*Presse Médicale*, n° 40, 6 octobre 1945.)

MARTIN et SUREAU. — La pénicilline et ses applications thérapeutiques. (*Paris Médical*, 19 juin 1945.)

MASSÉ. — Traitement chirurgical des annexites (11e Congrès Français de Gynécologie, Châtel-Guyon, 31 mai au 4 juin 1947).

MAZINGARBE. — Des interventions chirurgicales d'exérèse dans les suppurations annexielles fébriles ou fistulisées. (Thèse de Paris 1941.)
— La pénicilline possède-t-elle une action abortive ? (Société de Gynécol. et d'Obst. de Paris, 1er avril 1946.)

MOCQUOT. — Société de Chirurgie, 21 avril 1926.
— Du traitement des salpingites. (Société Nationale de Chirurgie, 13 avril 1932.)
— Les abcès pelviens d'origine génitale ouverts dans l'intestin. (*Revue Française de Gynécol. et d'Obst.*, n° 5, mai 1939.)

Mocquot et de Rouville. — Opérations conservatrices dans les lésions inflammatoires des annexes. (Congrès de Chirurgie 1926.)

Mougenot. — A propos de quelques observations de pelvi-péritonites aiguës d'origine variée, traitées par la pénicilline. (Société Française de Gynécol., séance du 16 décembre 1946.)

Neish Barker. — Réactions allergiques à la pénicilline. (*The Lancet*, n° 6337, 10 février 1945.)

Palmer (M. et Mme). — A propos d'un cas d'endocervicite rebelle guérie après infiltration de pénicilline dans la zone glandulaire du col. (Société de Gynécol. et d'Obst. de Paris, Séance du 1er avril 1946.)

Papin (F.). — Les annexites. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 20 février 1935.)

Pellerat et Mlle Murat. — Action de la pénicilline sur la corne utérine du cobaye. (Société de Dermatol. et Syphiligraphie (Filiale Lyonnaise), Séance du 28 juin 1946.)

Rieser (Ch.) (U.S. Army). — La pénicilline dans le traitement de la blennorragie. (*Société Française de Gynécol.*, 15 janvier 1945.)

Roman — Les échecs de la chirurgie conservatrice dans les affections inflammatoires des annexes. (Thèse de Lyon, 1939.)

Romansky et Rittman. — Un moyen pour prolonger l'action de la pénicilline. (*Science New-York*, 1er septembre 1944.)

Rotter. — Nouveau traitement chirurgical des annexites inflammatoires (Société Nationale de Chirurgie, 4 novembre 1931.)

Schwartz. — Traitement des salpingites. (Société Nationale de Chirurgie, 27 avril 1932.)

Ségui. — Le traitement de la blennorragie féminine par la pénicilline. (Société Française de Gynécol., 16 décembre 1946.)

Simonnet. — L'association pénicilline-sulfamides en thérapeutique. (Thèse de Paris, 1945.)

Sureau (B.). — Principes de l'emploi de la pénicilline; ses principales indications. (*Revue Médicale Française*, n° 11, nov. 1945.)

Tixier (L.). — Pénicilline et suppurations profondes. Interprétation des signes cliniques modifiés pour la conduite du traitement chirurgical. (*Thérapie Paris*, n° 6, 1946.)

Traissac (R.). — Traitement médical des annexites (11e Congrès Français de Gynécologie, Châtel-Guyon, 31 mai au 4 juin 1947).

Turpault. — A propos de 4 cas de gonococcie gynécologique, traités par la pénicilline. (Société Française de Gynécol., Janvier-Février 1945.)

Turpin et Chassagne. — La pénicilline. Pharmacologie et thérapeutique.

Vincendeau. — Thérapeutique par la pénicilline. Premiers résultats obtenus au Centre Régional de Bordeaux. (Thèse de Bordeaux, 1945.)

Violette de Pellerin. — La pénicilline. (*Sud Médical et Chirurgical*, 30 sept. et 31 oct. 1946.)

Wechsler (Mme). — A propos de 7 observations d'infections gynécologiques traitées par la pénicilline. (Société Française de Gynécol., Avril 1946.)

Dépôt légal effectué en 1947 (3e trimestre)

Imprimerie Vve VASSAL, 58, rue du Sablonat, Bordeaux - 1947

TABLE DES MATIERES

Pages

Introduction 9

Pénicillinothérapie des métroannexites aiguës et sub-aiguës 15
I. Importance de la nature de la flore bactérienne pathogène ... 15
II. Importance de la nature des lésions anatomiques 27
III. Rôle d'appoint de la pénicilline dans l'élaboration de certains diagnostics différentiels 32
IV. Conclusions 35

Pénicillinothérapie des métroannexites chroniques 37
I. Les cervicites chroniques 37
1. Pénicillinothérapie sans traitement local 38
2. Le traitement local associé au traitement général 41
A. La technique du traitement local 41
B. Cas des cervicites ulcéreuses 43
C. Cas des cervicites non ulcéreuses 50
3. Conclusions 51
II. Les métrites du corps utérin 51
III. Les masses annexielles chroniques 53

Pénicilline et chirurgie utéro-annexielle 59
I. L'évolution des conceptions en matière de chirurgie utéro-annexielle 59
II. La pénicilline et la chirurgie utéro-annexielle 65
III. Conclusions 78

Considérations sur le rôle social de la pénicilline 79

Conclusions générales 83

Bibliographie 87